



Barbara Fried/Hannah Schurian (Hrsg.)

UM-CARE

**GESUNDHEIT UND PFLEGE
NEU ORGANISIEREN**

INHALT

Einleitung	3
Andreas Aust, Olaf Klenke, Katrin Mohr und Sabine Zimmermann Gute soziale Dienstleistungen und Infrastruktur für eine bessere Gesellschaft	6
Julia Dück und Barbara Fried «Caring for Strategy» Transformation aus Kämpfen um soziale Reproduktion entwickeln	15
Luigi Wolf «Mehr von uns ist besser für alle!» Die Streiks an der Berliner Charité und ihre Bedeutung für die Aufwertung von Care-Arbeit	23
Sarah Schillinger «Wir sind doch keine Sklavinnen!» (Selbst-)Organisierung von polnischen Care-Arbeiterinnen in der Schweiz	32
Renia Vagkopoulou und Kirsten Schubert «Futuring Health Care» Gesundheitszentren als Orte gesellschaftlicher Transformation	41
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	53

EINLEITUNG

«Mehr von uns ist besser für alle» schreiben die streikenden Pflegekräfte am Berliner Universitätsklinikum Charité auf ihre Transparente. Sie bringen damit eine neue Qualität der aktuellen Proteste im Gesundheitswesen auf den Punkt. In ihrem Arbeitskampf geht es nicht nur um konkrete Forderungen nach mehr Personal, höheren Löhnen oder weniger Stress. Sie streiten für eine gute, öffentliche Gesundheitsversorgung – und sind damit bei Weitem nicht allein: Im ganzen Land legen sich Pflegekräfte in Flashmobs auf die Straße und drücken ihre Wut darüber aus, dass die «Pflege am Boden» ist. Hinzu kommen die unzähligen, oft wenig bekannten Initiativen, in denen sich Menschen, die auf Assistenz oder Pflege angewiesen sind, genauso wie pflegende Angehörige und FreundInnen selbst organisieren. Sie alle wollen raus aus der Vereinzelung, ringen um Teilhabe und Anerkennung. Gegen wachsende Ökonomisierung und Sparpolitik geht es in solchen Auseinandersetzungen, auch um Ansprüche an ein Leben, das mehr ist als das ständige Rennen im Hamsterrad. Es geht um eine Gesellschaft, in der gute Pflege sich nicht am Profit messen muss und alte Menschen so viel Zeit zum Essen haben, wie sie wollen; eine Gesellschaft, in der die Sorge für sich und andere nicht unter permanentem Kosten- und Zeitdruck steht, sondern ins Zentrum des gemeinsamen Handelns rückt. Einige von ihnen versuchen schon hier und jetzt Pflege und Gesundheitsversorgung anders zu organisieren. Von der praktischen Solidarität der «Medibüros», die seit Jahrzehnten die Lücken in der öffentlichen Versorgung geflüchteter Menschen stopfen, bis hin zu Gesundheitskollektiven und Poliklinik-Projekten, die praktische Alternativen in der ambulanten Versorgung schaffen. Gestritten wird an all diesen Orten für einen grundlegenden Perspektivwechsel im Gesundheitssystem, für eine «UmCare».

Die Breite des Protests zeigt auch das Ausmaß der Krise der öffentlichen Daseinsvorsorge. Sie stellt viele Menschen Tag für Tag vor unlösbare Herausforderungen und Widersprüche. Beschäftigte können den Ansprüchen an die Qualität ihrer Arbeit immer weniger gerecht werden. PatientInnen und Menschen mit Assistenzbedarf leiden darunter, dass gesundheitliche und soziale Risiken zunehmend den Einzelnen aufgebürdet werden. Armut, Ausgrenzung und Stress erleben auch pflegende Angehörige und FreundInnen – für ihre Arbeit gibt es weder Anerkennung noch Absicherung, und mit ihrer Sorgeverantwortung bleiben sie häufig allein. Vorhandene Ungleichheiten und soziale Spaltungen werden durch die Art und Weise, wie Sorgearbeit gesellschaftlich organisiert ist, noch verstärkt: Nach wie vor sind es überwiegend Frauen, die diese Arbeit unter prekären Bedingungen verrichten, einen großen Teil davon gänzlich unbezahlt. Im reichen Norden wird Care-Arbeit zunehmend an MigrantInnen delegiert und damit die Ungerechtigkeit globaler Arbeitsteilung vertieft.

Im Gesundheitswesen kommt die Absurdität unserer Wachstumsökonomie in besonderer Weise auf den Punkt. Wenn es um menschliches Leiden geht, um Pflege und Sorgearbeit, ist vielen unverständlich, warum so elementare gesellschaftliche Arbeiten in privaten Unternehmen, nach Profitkriterien organisiert werden sollten. Solche Widerspruchserfahrungen werden mehr und mehr zum Ausgangspunkt von Protest und der Suche nach Alternativen. Trotz der Unterschiedlichkeit der Problemlagen (und zum Teil auch der Interessen) besteht hier ein gesellschaftspolitisches Potenzial, das weit über den Pflege- und Gesundheitsbereich hinausgeht: Denn eine andere, bedürfnisgerechte und solidarisch finanzierte Daseinsvorsorge ist nicht zu haben ohne die Umverteilung

gesellschaftlicher Ressourcen, eine Demokratisierung des Öffentlichen und die Neuverhandlung der Geschlechterverhältnisse. Ein solches Projekt bietet auch Ansatzpunkte für eine neue, übergreifende «Klassenpolitik». Gesundheitsversorgung, verstanden als entgeltfreie, demokratische soziale Infrastruktur, kann ein Bezugspunkt sein für all diejenigen, die an einer ökonomisierten Daseinsvorsorge leiden und ihre Interessen bündeln wollen. Der gemeinsame Fluchtpunkt wäre dann eine sorgende Gesellschaft, die die Bedürfnisse der Menschen, ihre Angewiesenheit zum Maßstab nimmt und Care-Arbeit radikal aufwertet.

Die Krise in Gesundheit und Pflege in diesem Sinne aufzugreifen scheint gebotener denn je: Das macht die Schattenseiten und Risiken sichtbar, die Spaltungen und den Druck, den das scheinbar krisenfeste «Exportmodell» Deutschland nach innen aufbaut. Auch hier im neoliberalen Vorzeigestaat kriegen alltäglich Millionen Menschen «die Krise», werden zerrieben zwischen Sorgeverpflichtungen und zunehmend prekären Arbeits- und Lebensverhältnissen. Protestbewegungen, in denen Gesundheitsversorgung weder als Kostenfaktor noch als Ware, sondern als soziales Recht und Bedingung gesellschaftlicher Teilhabe verstanden wird, geben Hinweise darauf, wie (die so oft vermissten) Krisenproteste in Deutschland aussehen können.

Dass diese Bewegungen effektiv Kräfteverhältnisse verschieben und solidarische Bündnisse schließen, ist jedoch nicht ausgemacht und passiert keinesfalls von selbst. Die Bewegungen brauchen aktive und solidarische Unterstützung. Interessen müssen praktisch verbunden werden, Kritik und Konfliktfähigkeit gemeinsam entwickelt werden. Hier liegt eine zentrale Aufgabe für die gesellschaftliche Linke.

In diesem Sinne werfen die Beiträge im vorliegenden Band einen Blick auf die aktuellen Auseinandersetzungen um Pflege und Gesundheit. Sie sind Teil der Diskussionen rund

um die Konferenz «UmCare», die vom 16. bis 18. Oktober 2015 in Berlin stattfand und auf der rund 300 TeilnehmerInnen – Pflegekräfte, ÄrztInnen, pflegende Angehörige und Menschen mit Assistenz und Pflegebedarf sowie Gewerkschaften, Sozialverbände und Aktive aus sozialen Bewegungen – darüber diskutierten, wie eine andere Daseinsvorsorge aussehen und erreicht werden kann.

Sowohl die Konferenz als auch die Texte suchen nach strategischen Eingriffspunkten und Potenzialen für eine sozialistische Transformation innerhalb der aktuellen Auseinandersetzungen. Sie arbeiten neue Ansätze der Organisierung heraus – Organisierung in einem doppelten Sinne: im Sinne einer Interessenvertretung derjenigen, die Pflege- und Gesundheitsarbeit leisten oder in verschiedener Weise auf sie angewiesen sind, und Organisierung im Sinne einer gesellschaftlichen Neuorganisation der Daseinsvorsorge, dem Aufbau und Ausbau einer solidarischen und bedürfnisgerechten Infrastruktur.

Andreas Aust, Olaf Klenke, Katrin Mohr und Sabine Zimmermann zeigen in ihrem Beitrag, warum das Ringen um eine öffentliche Daseinsvorsorge im Sinne einer «sozialen Infrastruktur» ein Kernstück linker Sozialpolitik ist: Es erfordert eine Umverteilung von gesellschaftlichem Reichtum, sichert soziale Grundbedürfnisse politisch ab und eröffnet neue Möglichkeiten einer demokratischen Gestaltung des Öffentlichen.

Julia Dück und Barbara Fried arbeiten aus einer feministischen Perspektive das strategische Potenzial heraus, das in den aktuellen Auseinandersetzungen um Pflege und Gesundheit für eine gesellschaftliche Linke angelegt ist. Sie sehen in den Kämpfen um soziale Reproduktion auch eine Chance, die Grenzen und blinden Flecken linker Organisationsstrategien zu überwinden: indem die Lebensweise und die (unbezahlte) Sorgearbeit als Terrain gesellschaftlicher Veränderung ernst genommen wird.

Aus einem anderen Blickwinkel untersucht Luigi Wolf den beispielhaften Arbeitskampf der Beschäftigten an der Berliner Charité, dem größten Universitätskrankenhaus Europas. In seinem Beitrag geht es um neue Perspektiven der Interessenvertretung in der Krankenpflege. In der Ökonomisierung der Krankenhausfinanzierung steckt aus der Sicht des Autors eine neue «Produktionsmacht» von Pflegekräften, die es durch eine partizipative Gestaltung von Tarifaueinandersetzungen zu nutzen gilt. Er begreift diese Arbeitskämpfe als zentralen strategischen Ausgangspunkt für eine gesamtgesellschaftliche Aufwertung von Care-Arbeit.

Sarah Schilliger wiederum beschäftigt sich mit einem Feld, das in Gewerkschaften häufig randständig bleibt, aber zentral ist für die globale Arbeitsteilung im Care-Bereich: die oft prekäre Pflegearbeit von MigrantInnen in Privathaushalten. Sie schildert die Selbstorga-

nisierung von polnischen Pflegekräften in der häuslichen 24-Stunden-Pflege in der Schweiz und deren Unterstützung durch die schweizerische Dienstleistungsgewerkschaft VPOD. Deutlich wird das besondere Potenzial dieser Auseinandersetzung, das es von Gewerkschaftsseite zu unterstützen gilt.

Schließlich beleuchten Renia Vagkopoulou und Kirsten Schubert auf Basis einer Studie zu alternativen Gesundheitszentren in Europa, inwiefern diese Projekte Ansatzpunkte für eine gesamtgesellschaftliche Transformation bieten. Sie zeigen, wie eine radikale soziale Gesundheitsarbeit aussehen kann, die PatientInnen als politische Subjekte begreift und die sozialen Determinanten von Gesundheit mit einbezieht.

Berlin, im Oktober 2015

Barbara Fried und Hannah Schurian

Andreas Aust, Olaf Klenke, Katrin Mohr und Sabine Zimmermann

GUTE SOZIALE DIENSTLEISTUNGEN UND INFRASTRUKTUR FÜR EINE BESSERE GESELLSCHAFT

Deutschland ist in vielerlei Hinsicht unzureichend mit sozialen Dienstleistungen ausgestattet. Bei der Kinderbetreuung, Pflege und Assistenz, aber auch bei anderen sozialen und familiären Hilfen: Überall klaffen bereits heute erhebliche Lücken. Und die Kluft zwischen Bedarf und Angebot wird absehbar immer größer werden, sodass bereits von einer «sozialen Reproduktionskrise»¹ beziehungsweise einer «Sorgekrise»² gesprochen werden kann. Der Ausbau, die Qualitätsverbesserung und die Aufwertung inklusiv ausgestalteter sozialer Dienstleistungen und Infrastruktur sollte ein zentraler Bestandteil einer linken Reformpolitik sein. Es gilt soziale Probleme zu lösen und zugleich Potenziale für eine sozial gerechtere und demokratischere Gesellschaft aufzuzeigen. Im Folgenden wollen wir dazu einige Thesen vorstellen, die Rolle von sozialer Infrastruktur im Rahmen von Sozialpolitik herausarbeiten und einige strategisch-konzeptionelle Überlegungen anstellen, wie Eckpunkte einer linken Sozialdienstleistungspolitik aussehen könnten.

1 Warum öffentliche soziale Dienstleistungen zu einem (zentralen) Thema der Linken machen?

1. Der universelle Zugang zu öffentlichen sozialen Dienstleistungen und Infrastruktur trägt dazu bei, Menschen- und Grundrechte zu verwirklichen.
2. Universell zugängliche soziale Dienstleistungen und Infrastruktur befördern den Ausbau eines demokratischen Sozialstaats.
3. Der Kampf um gute und mehr soziale Dienstleistungen zeigt die Perspektive für eine

andere solidarische Gesellschaft auf, die sich an menschlichen Bedürfnissen orientiert.

4. Gute soziale Dienstleistungen und Infrastruktur tragen dazu bei, die Gesellschaft demokratischer zu gestalten und die Bedürfnisse der NutzerInnen als oberstes Prinzip anzuerkennen.

5. Gute und mehr soziale Dienstleistungen und Infrastruktur tragen dazu bei, die Gesellschaft gerechter zu gestalten und soziale Benachteiligung zu bekämpfen.

6. Öffentliche soziale Dienstleistungen und Infrastruktur ersetzen nicht individuell oder gemeinschaftlich organisierte Sorgearbeit, ergänzen und entlasten sie aber.

7. Gute und mehr öffentliche soziale Dienstleistungen und Infrastruktur sind ein Schritt hin zu mehr Gleichberechtigung und zu einer größeren Unabhängigkeit von Frauen.

8. Der Ausbau öffentlicher sozialer Dienstleistungen birgt ein großes Beschäftigungspotenzial und wertet bisherige frauentypische Berufe und Arbeitsfelder auf.

2 Begriffe und Abgrenzungen

Auch wenn in der Diskussion um soziale Dienstleistungen und Infrastruktur diese teilweise recht unterschiedlich bestimmt werden, lassen sich einige zentrale Kriterien nennen, die diese charakterisieren:

- Sie sind institutionalisiert und werden in einem organisatorischen Kontext erbracht.³ Sie beziehen sich auf Personen (und nicht auf Sachen bzw. die Produktion von Gütern).
- Sie sind durch die unmittelbare Interaktion zwischen DienstleistungsproduzentIn und -konsumentIn gekennzeichnet.

– Der Zusatz «sozial» besagt, dass die Leistung im öffentlichen Interesse erbracht wird und der Bereitstellung eines öffentlichen Gutes dient.

Evers et al. fassen in ihrem Handbuch «Soziale Dienstleistungen»⁴ darunter die frühkindliche Bildung und Betreuung, soziale Arbeit, soziale Dienstleistungen für Ältere/Altenpflege, Assistenz für Menschen mit Behinderungen, soziale Dienstleistungen am Arbeitsmarkt sowie in der Hauswirtschaft. Wir schlagen vor, die Bereiche Gesundheit und Pflege sowie Bildung hinzuzunehmen, da sie den genannten Kriterien ebenfalls entsprechen.

Soziale Dienstleistungen sind Teil der «öffentlichen Daseinsvorsorge». Damit werden Tätigkeiten des Staates bezeichnet, die einer grundlegenden Versorgung der Bevölkerung mit wesentlichen Gütern und Dienstleistungen dienen. Als klassische Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge gelten Aufgaben wie die Abfallbeseitigung, die Versorgung mit Wasser, Gas und Strom sowie der Betrieb des öffentlichen Personennahverkehrs. Im Zuge der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung hat sich eine «soziale Daseinsvorsorge» herausgebildet. Diese ist teilweise verfassungs- und verwaltungsrechtlich verankert und erlegt den Kommunen Pflichtaufgaben auf: etwa die Bereitstellung von Kindergartenplätzen, öffentlichen Schulen, bestimmten Leistungen im Rahmen der Jugendfürsorge und -pflege, der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der Sozialhilfe oder die Förderung des sozialen Wohnungsbaus. In diesem verwaltungsrechtlichen Verständnis ist soziale Daseinsvorsorge vor allem eine kommunal erbrachte soziale Infrastruktur.⁵

Das Konzept von Sozialpolitik als «sozialer Infrastruktur», das von einer Gruppe von Frankfurter SozialwissenschaftlerInnen erarbeitet wurde, geht indes viel weiter. Unter «sozialer Infrastruktur» verstehen die FrankfurterInnen «die in der Regel kostenlose oder gegen ein geringes Entgelt dargebotene Bereitstel-

lung öffentlicher, für alle gleichermaßen zugänglicher Güter und Dienstleistungen, die die Grundvoraussetzung» für «ein vernünftiges gesellschaftliches Leben für alle» sind.⁶ Im Gegensatz zu anderen gängigen Definitionen umfasst dieser Ansatz also nicht nur personenbezogene Dienstleistungen, sondern auch Güter. Auch die Gesundheitsvorsorge, Verkehr, Wohnen, Bildung und Kultur werden als zentrale Bereiche sozialer Infrastruktur verstanden. Damit geraten auch Einrichtungen wie öffentliche Bibliotheken, Kultur- und Jugendzentren, Schwimmbäder sowie ein kostengünstiger öffentlicher Personennahverkehr und die Bereitstellung bezahlbaren Wohnraums als wichtige Voraussetzungen für soziale Teilhabe in den Blick.

3 Die Ausgangssituation im deutschen «konservativen Wohlfahrtsregime»

Deutschland gilt im internationalen Vergleich als ein «konservatives Wohlfahrtsregime»,⁷ was bedeutet, dass es lange Zeit hauptsächlich auf einem lohnarbeitszentrierten Versicherungssystem basierte, das primär mit Geldtransfers operiert und am Staterhalt orientiert ist (Bismarck-Modell), während soziale Dienstleistungen lediglich einen untergeordneten Stellenwert einnehmen. Das «konservative Wohlfahrtsmodell» setzt die patriarchal-strukturierte Familie voraus: Der Mann verdient über Lohn- beziehungsweise Erwerbsarbeit das Familieneinkommen und hat Zugänge zu Sozialversicherungsleistungen; die Frau übernimmt die Care-Aufgaben. Obwohl dieses traditionelle männliche Ernährermodell inzwischen tendenziell von einem Ernährer-plus-Zuverdienerin-Modell abgelöst worden ist, wird sowohl die Erziehung und Betreuung von Kindern als auch die Pflege von Angehörigen nach wie vor meist innerhalb der Familien und überwiegend von Frauen geleistet.⁸

3.1 Strukturprobleme einzelner Handlungsfelder

Begibt man sich von der eher abstrakten Diskussion auf die konkrete Ebene, stellt man schnell fest: Die sozialpolitischen Handlungs- und Politikfelder sind sehr unterschiedlich strukturiert. Das zeigt sich bei der Finanzierung, am Grad der Institutionalisierung, bei den föderalen Zuständigkeiten sowie den Akteurskonstellationen, die zu unterschiedlich gelagerten Problemen führen. Hier nur einige Beispiele:

Pflege von Älteren: Dieser Bereich ist in erster Linie durch die Struktur und den Umfang der Leistungen aus der Pflegeversicherung bestimmt. Das dort herrschende Teilkaskoprinzip führt dazu, dass viele Familien sich eine professionelle Pflege ihrer Angehörigen nicht leisten können und auf «informelle Lösungen» ausweichen müssen. Da wo professionelle Pflege in Anspruch genommen wird, haben die pauschalisierten und zu geringen Leistungssätze eine «Pflege im Minutentakt» zur Folge. «Hauptsache still, satt und sauber» lautet das Motto.

Kinder- und Jugendhilfe sowie Kindertagesstätten: Da hierfür hauptsächlich die Kommunen zuständig sind, hängt deren Ausstattung und Qualität stark von den ökonomischen Möglichkeiten der jeweiligen Städte und Gemeinden beziehungsweise Bundesländer ab. Zwar sind in diesem Bereich in den letzten Jahren Rechtsansprüche auch bundesweit ausgebaut und Strukturen ausgeweitet worden, gleichwohl variieren die Anforderungen, die etwa an Rahmenpläne, Personalausstattung oder Qualifikation der ErzieherInnen gestellt werden, von Land zu Land.⁹

Schulen: Da Organisation und Finanzierung des Schulwesens vornehmlich Aufgabe der Bundesländer ist, gibt es hier beträchtliche regionale Unterschiede. Gewisse Standards werden durch Vereinbarungen zwischen den Ländern durch die Kultusministerkonferenz erzielt. Hier gilt generell, dass Ausbauplänen – seien sie qualitativer oder quantitativer Art –

Grenzen gesetzt sind durch die vom Bund vorgegebene «Schuldenbremse», das Verbot, dass sich der Bund direkt an den Kosten der Kommunen beteiligt (Konnextätsprinzip), sowie die schwierige Haushaltslage vieler Bundesländer.

Gesundheitsversorgung: Hier existieren parallel eine Unter-, Über- und Fehlversorgung sowie ein Nebeneinander von sehr gut verdienenden und deutlich unterbezahlten Berufsgruppen. Die mächtigen Interessen der verschiedenen Lobbygruppen verhindern eine Ausrichtung der Versorgung an den Bedürfnissen der PatientInnen. Die mit dem Ziel der Kostensenkung politisch induzierte Einführung beziehungsweise Verschärfung kapitalistischen Konkurrenzdenkens sowohl bei den Kostenträgern als auch in der Leistungserbringung führt zu sinkender Versorgungsqualität und zunehmend problematischen Arbeitsbedingungen.

Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen: Die Zuständigkeit vieler verschiedener Träger zieht komplizierte Antrags- und Abrechnungsverfahren nach sich. Das spezifische Finanzierungssystem trägt außerdem dazu bei, dass Teilhabeleistungen etwa für berufstätige Menschen mit Behinderungen, die persönliche Assistenz auch außerhalb des Arbeitslebens benötigen, nie mehr als nur knapp über dem Sozialhilfeniveau liegen und Ehegatten, LebenspartnerInnen und unterhaltspflichtige Familienangehörige für Leistungen herangezogen werden können. Die Aufgabe besteht hier darin, diese Diskriminierungen zu überwinden.

3.2 Entwicklungen im Bereich soziale Dienstleistungen

Der deutsche Sozialstaat ist vor allem hinsichtlich der Bereitstellung sozialer Dienstleistungen und Infrastrukturen in verschiedenen Bereichen denkbar schlecht aufgestellt. Die sozialen Dienstleistungen gelten hier nicht als eigenständige Säule des Sozialstaats und

Tabelle 1: Trägerstruktur sozialer Dienstleistungen

Sektor	Jahr	gesamt	öffentlich	privat	gemeinnützig
ambulante Pflege- dienstleistungen	2007	11.529	1,7 Prozent	59,9 Prozent	38,5 Prozent
Pflegeheime	2007	11.029	5,8 Prozent	39,2 Prozent	55,2 Prozent
Reha und Vorsorge	2008	1.239	17,8 Prozent	56,2 Prozent	26 Prozent
Krankenhäuser, davon: allgemein	2008	2.083 1.781	31,9 Prozent 32,1 Prozent	30,6 Prozent 30,2 Prozent	37,5 Prozent 37,8 Prozent
Kindergärten	2009	50.299	34,3 Prozent	14,6 Prozent	51,1 Prozent

Quelle: Wohlfahrt, Norbert: Die Ökonomisierung sozialer Dienstleistungen – Auswirkungen auf Beruf und Berufsvollzüge, Emden 2014, S. 11

Tabelle 2: In sozialen Dienstleistungen Beschäftigte 1999, 2004 und 2011

	1999	2004	2011
Gesundheitsberufe (ohne Ärzte, Apotheker)	1.441.555	1.554.557	1.777.613
darunter u. a.:			
Krankenschwestern und -pfleger, Hebammen	592.062	623.014	685.039
HelferInnen in der Krankenpflege	199.874	218.339	259.444
sozialpflegerische Berufe	853.870	971.889	1.302.312
darunter u. a.:			
SozialarbeiterInnen, Jugend- und AltenpflegerInnen	307.938	363.045	522.486
HeimleiterInnen, SozialpädagogenInnen	198.106	231.315	286.253
KindergärtnerInnen und KinderpflegerInnen (864)	338.863	366.533	467.071

ohne Auszubildende und Selbstständige

Daten: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, unter: <http://bisds.infosys.iab.de/bisds/faces/Start.jsp>

sind entsprechend unterentwickelt.¹⁰ Zudem haben sich hier die freien Wohlfahrtsverbände historisch als dominante Anbieter herausgebildet, weshalb die öffentliche Trägerschaft in den meisten Bereichen gegenüber der gemeinnützigen vergleichsweise gering ausfällt. Erwähnenswert ist allerdings, dass im Bereich der sozialen Dienstleistungen in den vergangenen Jahren ein deutlicher Beschäftigungszuwachs und eine partielle Modernisierung stattgefunden haben.

Die meisten der neuen Jobs sind jedoch in privaten Einrichtungen oder in gemeinnützigen Trägern entstanden und liegen in den unteren Lohn- und Gehaltsgruppen. Frauen sind darin überrepräsentiert. Die Beschäftigung im öffentlichen Sektor ging zwischen 2000 und 2008 dagegen von 4,9 Millionen auf 4,5 Millionen zurück. In diesem Zeitraum wurden fast 400.000 Stellen gestrichen. Erst im Anschluss stieg die Beschäftigung auch im öffentlichen Dienst wieder leicht auf 4,65 Millionen Beschäftigte an.¹¹

Die herrschende Politik folgte damit einer *low road* – einer Billigstrategie, um zu mehr Beschäftigung im Dienstleistungsbereich zu kommen, letztlich orientiert an der Senkung der gesellschaftlich notwendigen Reproduktionskosten. Diese ist charakterisiert durch Niedriglohnbeschäftigung und Marktorientierung und führt zu einer Polarisierung bei den Qualifikationen, den Arbeitsbedingungen und der Bezahlung sowie zum Abbau sozialer Sicherheit. Argumentiert wurde dabei insbesondere von WissenschaftlerInnen im Umfeld der «Sozialdemokratie», dass die Entwicklung des Dienstleistungssektors nur über eine zunehmende Lohnspreizung möglich sei.¹²

Der Ausbau von Dienstleistungen vollzieht sich also vorwiegend unter neoliberalen Vorzeichen als Prozess der Ökonomisierung.¹³ In diesem werden auch sozialpolitische Ziele umformuliert. So sollen sozialstaatliche Instanzen zunehmend eine Aktivierung zur Eigenverantwortung betreiben. Statt strukturelle Bedin-

gungen in den Blick zu nehmen, werden soziale Probleme zunehmend individualisiert; an die Stelle von Verteilungsgerechtigkeit tritt die Ausrichtung an Chancen. Darüber sollten über Einführung des New Public Management in kommunalen Verwaltungen und gemeinnützigen Trägern deren Operationslogiken und Instrumenten an die von profitorientierten Unternehmen angeglichen werden.¹⁴ Mit den Imperativen von Wettbewerb und den Methoden von Controlling und Benchmarking tritt an «die Stelle selbstbestimmter zweckprogrammierter Fachlichkeit [...] die funktionale sozialpolitische Steuerung von Hilfeprozessen, Leistungserbringern und Leistungsergebnissen. [...] Der Managerialismus wird damit zum Kernelement der Profession.»¹⁵

Stellt die Steigerung der Effizienz nach dem Vorbild privatwirtschaftlich organisierten Güterherstellung die erste Phase der Ökonomisierung der sozialen Dienstleistungen dar, ist die zweite Phase durch die Öffnung der «Sozialwirtschaft» für private gewinnorientierte Unternehmen gekennzeichnet.¹⁶ Im Bereich der Altenpflege, der Kinderbetreuung oder der Krankenhäuser müssen staatliche und gemeinnützige Träger nun mit privaten Anbietern konkurrieren, was eine weitere Anpassung des wohlfahrtsstaatlichen Sektors an betriebswirtschaftliche Managementstrategien sowie eine verstärkte Konkurrenz im Kampf um Kosten und Qualität nach sich ziehen wird. Dabei werden die Personalkosten zunehmend zur Flexibilitätsreserve und Dispositionsmasse.

4 Soziale Dienstleistungen als Feld und Gegenstand sozialer Kämpfe

Anknüpfungspunkte einer linken Dienstleistungs- und Infrastrukturpolitik müssen lokale und bundesweite Kämpfe zum Erhalt, Ausbau und zur Aufwertung von sozialen Dienstleistungen sein. Es gilt dabei, positive Erfahrungen und Erfolge bekannt zu machen und nach Wegen zu suchen, sie zu verallgemeinern. Be-

reits heute finden an vielen Orten gesellschaftliche Auseinandersetzungen und Debatten um und für gute und mehr soziale Dienstleistungen statt. Sie haben sehr unterschiedliche Gesichter und sind oft Teil von Aktivitäten zum Erhalt oder Ausbau der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Am bekanntesten und öffentlich wirksamsten ist vielleicht das Bündnis «Pflege am Boden». Es ist nach eigenen Angaben ein «unabhängiger Zusammenschluss von Parteien, Gewerkschaften und Berufsverbänden von Menschen [...], die in Pflegeberufen arbeiten, oder pflegenden Angehörigen und Menschen, denen die Pflege am Herzen liegt».¹⁷ Im Oktober 2013 haben sich bundesweit in über 150 Städte mehr als 120.000 Menschen in Flashmobs auf den Boden gelegt und damit Forderungen nach einer nachhaltigeren Verbesserung der Situation für Pflegenden, Gepflegte und Angehörige unterstützt. Hier werden also die Arbeitsbedingungen in und die Qualität von sozialen Dienstleistungen gemeinsam in den Blick genommen.

Ähnliches lässt sich bei den betrieblichen Auseinandersetzungen um eine Mindestpersonalbemessung in den Krankenhäusern beobachten. Die Gewerkschaft ver.di fordert eine gesetzliche Regelung ein, die von engagierten Gewerkschaftsgruppen in einzelnen Krankenhäusern bereits versucht wird, tariflich durchzusetzen. In der Berliner Charité gelang es einer streikerprobten Belegschaft einen ersten Schritt in diese Richtung zu unternehmen. Ihr Slogan «Mehr von uns ist besser für euch» formuliert ein gemeinsames Interesse von Beschäftigten als ErbringerInnen von Dienstleistungen und der Bevölkerung als NutzerInnen.¹⁸ Beispielgebend für die politische Zusammenführung verschiedener Akteure ist auch das Netzwerk Care Revolu-

tion, das Menschen und Interessengruppen, die in verschiedener Hinsicht mit bezahlter und unbezahlter Sorge- und Reproduktionsarbeit zu tun haben, zusammenbringt.¹⁹ Erwähnenswert sind auch die Arbeitskämpfe der ErzieherInnen zur Aufwertung ihres Berufes. Zentral für den Erfolg ihres Streikes 2009 war die Unterstützung der Elternschaft. So suchten etwa im Raum Stuttgart die Eltern die kommunalen Verantwortungsträger auf und überließen ihnen symbolisch ihre Kinder, um zu signalisieren: Der Kampf und die Forderungen der ErzieherInnen decken sich mit unseren Interessen an einer guten frühkindlichen Bildung. Auch bei der diesjährigen Tarifbewegung versuchten die Gewerkschaften die Eltern und die öffentliche Meinung auf die Seite der streikenden ErzieherInnen zu bringen und die in solchen Auseinandersetzungen sonst oft übliche starre Gegenüberstellung von ErbringerInnen und KonsumentInnen von Dienstleistungen zu durchbrechen. Die Formulierung solcher gemeinsamen Interessen ist zentral für Erfolge bei Ausbau und Aufwertung sozialer Dienstleistungen. Außerdem wird in diesen Auseinandersetzungen aufgezeigt, wie es gesellschaftlich auch anders gehen könnte. Dieses neue emanzipatorisch-partizipative Moment muss die Linke im Auge haben, wenn sie für bessere soziale Dienstleistungen streitet.

Die Gewerkschaften versuchten, die Eltern und die öffentliche Meinung auf die Seite der streikenden ErzieherInnen zu bringen und die in solchen Auseinandersetzungen sonst oft übliche starre Gegenüberstellung von ErbringerInnen und KonsumentInnen von Dienstleistungen zu durchbrechen.

Neben diesen Auseinandersetzungen gibt es eine Fülle von Debatten um die Frage, wie soziale Dienstleistungen gestärkt, aus- und

umgebaut sowie anders organisiert werden können. Hierzu zählen eher traditionellere Diskussionen, wie sie sich im Gleichstellungsbericht der Bundesregierung finden, Expertisen für Verbände und politische Stiftungen²⁰ oder Überlegungen, wie sie in verschiedenen linken Thinktanks²¹ oder auf größeren Konferenzen angestellt werden (z. B. auf den Konferenzen der Rosa-Luxemburg-Stiftung zur Care Revolution). Selbst in politischen Magazinen wie dem *Spiegel* beklagt man inzwischen das Problem von Investitionslücken nicht nur im Bereich Energie und Verkehr, sondern auch bei der sozialen Infrastruktur in Deutschland.²² Schaut man also auf soziale Dienstleistungen als gesellschaftliches Kampffeld, dann wird deutlich: Hier findet schon eine Menge statt. Für eine Linke, die emanzipatorisch den Sozialstaat erneuern will, bieten sich zahlreiche Punkte, an denen sie anknüpfen kann. Deutlich wird aber auch: Es gibt eine auffallende Diskrepanz zwischen dem, was eigentlich an Veränderung notwendig ist, und dem, was tatsächlich stattfindet. Die Frage ist, wie es gelingen kann, die verschiedenen Aktivitäten besser politisch und praktisch zu verbinden. Es braucht hier strategische Projekte, die nachhaltig über eine längere Zeit verfolgt werden, die auf den verschiedenen Ebenen die Akteure und Möglichkeiten vernetzen und verbinden, Projekte, die quasi Signalwirkung für den gesamten Bereich der sozialen Dienstleistungen haben und mit ihrem Erfolg entsprechend beispielhaft ausstrahlen. Denn es ist illusorisch anzunehmen, den gesamten sozialen Dienstleistungssektor in all seiner Vielfältigkeit mit einem Mal umwälzen zu können. Es muss darum gehen, erste vorzeigbare Erfolge zu organisieren.

Wir schlagen daher vor, dafür in den nächsten Jahren auf die Gesundheitsversorgung und Pflege sowie die Sozial- und Erziehungsdienstleistungen zu fokussieren. Warum? Zum einen findet hier bereits Bewegung statt beziehungsweise stehen hier ganz konkrete

Konflikte und Auseinandersetzungen an, die es zu unterstützen gilt. Fachkonferenzen und Debatten fernab von realen Auseinandersetzungen haben nur einen beschränkten Wert, wenn ihnen keine praktischen Aktivitäten folgen. Zum anderen ist davon auszugehen, dass es an Veränderungen in diesen beiden sozialpolitischen Feldern ein breites gesellschaftliches Interesse gibt. So ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich viele Menschen positiv mit den Forderungen und Kämpfen von Beschäftigten in diesen Bereichen identifizieren können. So gehören die Kranken- und Altenpflege sowie die Arbeit in Kitas oder Kindergärten zu den fünf beruflichen Tätigkeiten mit dem höchsten gesellschaftlichen Ansehen.²³

5 Gedanken zu Eckpunkten einer linken Sozialdienstleistungspolitik

Neben der Identifizierung und Unterstützung von bereits aktuell virulenten oder auch manifesten sozialen Kämpfen besteht eine Aufgabe linker Politik darin, eine Bündelung von Interessen und deren Artikulation im politischen Raum zu ermöglichen. Ausgangspunkt einer linken Sozialdienstleistungspolitik ist wie in anderen Bereichen auch die Kritik der bestehenden Verhältnisse. Dazu gehört, Defizite bei der Versorgung und bei der Qualität zu dokumentieren und die negativen sozialen Folgen von Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozessen für Beschäftigte und NutzerInnen von sozialen Dienstleistungen aufzuzeigen und zum Thema zu machen. In einem zweiten Schritt sind Elemente eines positiven Konzepts zu erarbeiten, mit dem die eingangs skizzierten Potenziale zur Schaffung einer gerechten Gesellschaft realisiert werden sollen. Unseres Erachtens ist ein massiver Ausbau des Sozialstaates eine unabdingbare Voraussetzung einer linken Sozialdienstleistungsstrategie. Soziale Dienstleistungen müssen neben Geldtransfers als gleichberechtigte Säule des demokratischen Sozialstaates verankert wer-

den. Der Sozialstaat wird zu Unrecht als Faktor der Expansion des Dienstleistungssektors unterschätzt.²⁴ Er spielt eine Schlüsselrolle für die Quantität und Qualität von Dienstleistungsarbeit.

Eckpunkte einer sozialen Dienstleistungsstrategie von links lassen sich wie folgt formulieren:

- Kern einer linken sozialen Dienstleistungs- und Infrastrukturstrategie sollte es sein, die Voraussetzungen für eine selbstbestimmte gesellschaftliche Teilhabe und Persönlichkeitsentwicklung zu schaffen. Was ist nötig für ein gutes Leben? Diese Frage muss der zentrale Maßstab für linke Politik sein. Über konkrete Bedarfe, Umfang, Qualität und die Form der Bereitstellung von sozialen Dienstleistungen und Infrastrukturen ist daher nach demokratischen Prinzipien und Verfahren zu entscheiden.
- Ausgangspunkt einer linken sozialen Dienstleistungs- und Infrastrukturstrategie ist des Weiteren die Einsicht, dass der Markt nicht in der Lage ist, einen bedarfsgerechten Ausbau von benötigten Strukturen zu gewährleisten. Ein rein marktgesteuertes System führt zwangsläufig zu einem ungleichen Zugang zu wichtigen Dienstleistungen und zu einer Vernachlässigung derjenigen gesellschaftlichen Bedürfnisse, die nicht durch die entsprechende Kaufkraft gedeckt sind. Soziale Ausgrenzung ist damit vorprogrammiert.
- Der demokratisch verfasste Sozialstaat ist das entscheidende Instrument, um soziale Dienstleistungen und Infrastrukturen zu organisieren und bereitzustellen. Dafür sind die notwendigen finanziellen Mittel zu mobilisieren. Die Ausweitung und qualitative Verbesserung sozialer Infrastrukturen und Dienstleistungen setzt eine massive Umverteilung des gesellschaftlichen Reichtums voraus. Die gesellschaftliche Akzeptanz dafür lässt sich mithilfe konkreter Beschreibungen des gesellschaftlichen Bedarfs und Nutzens sozialer Dienstleistungen und Infrastruktur jedoch eher gewinnen als mit abstrakten Gerechtigkeitsargumenten.
- Der demokratisch gestaltete Ausbau sozialer Dienstleistungen und Infrastruktur ist als eine Investition in den gesellschaftlichen Zusammenhalt und in eine demokratische Gesellschaft zu verstehen. Investitionen beispielsweise in Schule und Weiterbildung schaffen die Voraussetzungen für eine gelingende Persönlichkeitsentwicklung und reduzieren die Einflüsse der familiären Herkunft. Die «Vererbung» von Status- und Klassenunterschieden wird damit eingedämmt.
- Es gilt, sich für einen universellen Zugang ohne Diskriminierungen und Stigmatisierungen einzusetzen. Dies beinhaltet die grundsätzliche Gebühren- oder Zuzahlungsfreiheit für die NutzerInnen von sozialen Dienstleistungen. Chronisch kranken und behinderten Menschen sollten spezifische «Nachteilsausgleiche» gewährt werden.
- Soziale Dienstleistungen sollen im Grundsatz öffentlich organisiert werden. Dabei können sowohl staatliche als auch genossenschaftlich organisierte oder freie Träger Aufgaben übernehmen. Qualitätsstandards sind nach demokratischen Verfahren für alle Trägerarten verbindlich zu regeln. Eine qualitativ hochwertige Versorgung kann ohne gerechte Entlohnung nicht gedacht werden.
- Um auf lokaler Ebene vorhandene Bedarfe zu ermitteln und abzudecken, bedarf es einer verbesserten und engeren Koordination und Kooperation zwischen verschiedenen Trägern sowie zwischen AnbieterInnen/ErbringerInnen und NutzerInnen. Die Mitbestimmung von NutzerInnen und ProduzentInnen auf allen regionalen und institutionellen Ebenen ist aus linker Sicht eine grundlegende Voraussetzung für die Neuorganisation und Ausgestaltung von sozialer Infrastruktur.

– Soziale Berufe und Care-Tätigkeiten müssen ideell und materiell aufgewertet werden, damit für die anstehenden Aufgaben ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Die notwendige Professionalisierung kollidiert immer häufiger mit den Bedingungen, unter denen die Leistungen zu erbringen sind. Die unzureichende finanzielle Ausstattung sozialer Infrastruktur wird von den Beschäftigten als Dauerbelastung im Berufsalltag empfunden. Ein Ergebnis sind hohe Krankheitsstände, immer mehr Fluktuation und teilweise sogar ein Mangel an Arbeitskräften.

Fazit

Das gesellschaftliche Kampffeld der sozialen Dienstleistungen birgt enormes Potenzial für die Linke. Zugleich stellt es sie vor große Herausforderungen. Um den hier skizzierten Umbau sozialer Dienstleistungen und Infrastruktur zu erreichen, wird ein langer Atem nötig sein. Aber die Ausgangsbedingungen sind nicht schlecht: Die Beschäftigten in den Dienstleistungsbereichen beginnen, sich stärker zu organisieren und kollektiv zu wehren. Wir können uns bei einem solchen Projekt zudem auf ein wachsendes Interesse in der Bevölkerung, das Öffentliche zu stärken, stützen.

1 Winker, Gabriele: Care Revolution – Schritte in eine solidarische Gesellschaft, Bielefeld 2015. **2** Knobloch, Ulrike: Sorgekrise. Ein Handbuchartikel, in: Baumann, Hans u. a. (Hrsg.): Care statt Crash. Sorgeökonomie und die Überwindung des Kapitalismus, Denknetz Jahrbuch, Zürich 2013, S. 24–33. **3** Vgl. Evers, Adalbert u. a.: Einleitung: Soziale Dienstleistungen – Arenen und Impulsgeber sozialen Wandels, in: dies. (Hrsg.): Handbuch soziale Dienstleistungen, Wiesbaden 2011, S. 11. **4** Ebd. **5** Vgl. Robbe, Patrizia: Was sind Pflichtenaufgaben der Kommunen im Auftrag des Bundes im Bereich der sozialen Daseinsvorsorge?, Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages, WD 3-3000-192/14, Berlin 2014. **6** AG links-netz: Sozialpolitik als Bereitstellung einer sozialen Infrastruktur, Frankfurt am Main 2012, unter: www.links-netz.de/K_texte/K_links-netz_sozpol.html, S. 6. **7** Vgl. Esping-Andersen, Gøsta: The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge 1990. **8** So waren im Jahr 2011 deutlich über 70 Prozent aller Pflegepersonen in Deutschland weiblich. Vgl. TNS Infratest Sozialforschung/Bundesministerium für Gesundheit: Abschlussbericht zur Studie «Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes». Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, München 2011, S. 15 u. 27. **9** Vgl. Seppelt, Jana: SOS KiTa: Wann, wenn nicht jetzt? Gewerkschaften und Sorgearbeit. Über Rahmenbedingungen frühkindlicher Bildung, Stuttgart 2014, unter: <http://stuttgart.verdi.de/sos-kita/+co++bb06cbd4-05bc-11e4-a8fc-52540059119e>. **10** Kühnlein, Gertrud/Wohlfahrt, Norbert: Soziale Träger auf Niedriglohnkurs. Zur aktuellen Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Sozialsektor, in: WSI-Mitteilungen 7/2006, S. 389 ff. **11** Statistisches Bundesamt: Beschäftigte im öffentlichen Dienst, Wiesbaden 2015, unter: www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabellergebnis/74111-0001. **12** Vgl. vor allem Streeck, Wolfgang/Heinz, Rolf G. Heinze: An Arbeit fehlt es nicht, in: Der Spiegel 19/1999, S. 38–45. Die beiden Wissenschaftler gehörten Ende der 1990er Jahre dem «Bündnis für Arbeit» an. **13** Vgl. Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert: Soziale Dienstleistungspolitik zwischen Ökonomisierung und neuer Sozialstaatlichkeit: zu einigen Besonderheiten der Politischen Ökonomie sozialer Dienstleistungen, in: Herrmann, Peter/Szyuka, Peter (Hrsg.): Durchbrüche ins Soziale – Eine Festschrift für Rudolph Bauer, Wien 2014, S. 194 ff.; Schneider, Ulrich: Mehr Mensch! Gegen die Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt am Main 2014. **14** Vgl. Briken, Kendra/Gottschall, Karin/Hils, Sylvia/Kittel, Bernhard: Wandel von Beschäftigung und Arbeitsbeziehungen im öffentlichen Dienst in Deutschland – zur Erosion einer staatlichen Vorbildrolle, in: Zeitschrift für Sozialreform 2/2014, S. 123–148. **15** Wohlfahrt, Norbert: Die Ökonomisierung sozialer Dienstleistungen – Auswirkungen auf Beruf und Berufsvollzüge, Emden 2014; unter: www.hs-erden-leer.de/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/FB_SAG/Veranstaltungen/Berichte_und_Materialien/Tagung_Widerstand_gegen_die_Oekonomisierung/Wohlfahrt_Folgen_der_Oekonomisierung.pdf. **16** Vgl. Dahme/Wohlfahrt: Soziale Dienstleistungspolitik. **17** Vgl. www.pflege-am-boden.de. **18** Vgl. hierzu den Beitrag von Luigi Wolf in diesem Heft. **19** Vgl. <http://care-revolution.org>. **20** Vgl. Ehrentraut, Oliver/Hackmann, Tobias/Krämer, Lisa/Plume, Anna-Marleen: Ins rechte Licht gerückt. Die Sozialwirtschaft und ihre volkswirtschaftliche Bedeutung, Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2014, unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10615.pdf>; Dauderstädt, Michael: Wachstum durch Ausbau sozialer Dienstleistungen, Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2012, unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08887.pdf>; Arbeitskreis Dienstleistungen: Dienstleistungen in der Zukunftsverantwortung. Ein Plädoyer für eine neue Dienstleistungspolitik, ver. di/Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2011, unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08120.pdf>; Deutscher Paritätischer Gesamtverband: Handlungsbedarf: Was Sozialreformen wirklich kosten, Berlin 2013, unter: www.der-paritaetische.de/uploads/tx_pdforder/A4_handlungsbedarf_web.pdf. **21** Vgl. Engster, Frank/Kalbitzer, Ute/Lessenich, Stephan: Projekt «Solidarische Arbeitsverhältnisse» des Instituts Solidarische Moderne, 3. Zwischenbericht, Bericht Teilprojekt III «Gestaltungsentwurf entwickeln», Berlin 2014; vgl. auch die Commons-Debatte der Zeitschrift *Prager Frühling*. **22** Vgl. die Titelstory des Spiegels vom 8. September 2014: «Der Bröckelstaat. Wie wir Zukunft und Wohlstand verspielen». **23** Deutscher Beamtenbund: Bürgerbefragung öffentlicher Dienst. Einschätzungen und Erwartungen, Mai/Juni 2014, unter: www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2014/forsa_2014.pdf. **24** Vgl. Lehndorff, Steffen: Motor der Entwicklung – oder fünftes Rad am Wagen? Soziale Dienstleistungen als soziale Investitionen, Bremen 2005, unter: www.memo.uni-bremen.de/docs/m3308.pdf.

Julia Dück und Barbara Fried

«CARING FOR STRATEGY» TRANSFORMATION AUS KÄMPFEN UM SOZIALE REPRODUKTION ENTWICKELN

Zugespitztes Elend, Kriege, Klimakrise und Armut selbst in den Kernländern des Austeritätskapitalismus sowie deren rechtspopulistische Bearbeitung – Argumente für einen Kurswechsel gibt es genug. Zuletzt war es der Erfolg von SYRIZA in Griechenland, der gezeigt hat: Mehr und mehr Menschen wollen dieses Spiel nicht länger spielen. Nur wie kann der Einstieg in einen Ausstieg aus diesem offensichtlichen Wahnsinn aussehen?

In den Krisenanalysen und Praxen einer oftmals in libertär-akademische Milieus zurückgezogenen Linken gerät diese Frage trotz pointierter Kritiken häufig aus dem Blick. In die Auseinandersetzungen marginalisierter Gruppen ist die gesellschaftliche Linke hierzulande wenig involviert, auf die alltäglichen Zwangslagen der Menschen hat sie vielfach nur abstrakte Antworten. Es fehlt an Praxen, die Alltagsprobleme bearbeiten und doch den Horizont der Veränderung nicht aus dem Blick verlieren, die praktische Unterstützung mit politischer Bildung und Organisierung verschränken. Für sozialistische Transformation stellt sich also nicht nur die Frage des «Wohin» – nach einem gemeinsamen «Projekt» –, sondern insbesondere die Frage des «Mit wem» und des «Wie». Wenn Transformation nicht zahnloser Modebegriff werden soll, geht es um die Suche nach strategischen Interventionspunkten, von denen aus sich ein gesellschaftlicher Umbau praktisch weitertreiben lässt.

Solche finden sich aktuell im Care-Bereich. Kämpfe um soziale Reproduktion eröffnen die Möglichkeit, in lokale Auseinandersetzungen marginalisierter Gruppen einzugreifen, Teil davon zu werden und doch Ansprüche an ein gesellschaftliches Allgemeines zu formulieren. Sie bieten die Chance, sehr unterschiedliche

Akteure praktisch zu verbinden und vor allem Menschen zu erreichen, die bisher nicht in linken Strukturen zu Hause sind, sich insgesamt von «Politik» nicht viel versprechen. Ausgehend von Widersprüchen eines prekären Alltags, von individuellen und kollektiven Handlungsstrategien unter Krisenbedingungen und von Kämpfen um die Absicherung grundlegender Lebensbedürfnisse eröffnen sich Ausblicke auf neue Bündnisse, die eine Verschiebung der Kräfteverhältnisse überhaupt erst ermöglichen.

Care in der Krise

Verwerfungen des neoliberalen Kapitalismus sind gegenwärtig am deutlichsten im Care-Bereich zu spüren. Die Krise der sozialen Reproduktion¹ trifft den Alltag der allermeisten Menschen und bildet den Hintergrund vielfacher Prekarisierungserfahrungen. Austeritätspolitik und Privatisierungen haben Löcher in die öffentliche Daseinsvorsorge gerissen. Gleichzeitig führt die vermeintlich kostensparende, marktförmige Organisierung von Care-Tätigkeiten zu einer Zerstörung der Fürsorglichkeit. Die Arbeit am Menschen orientiert sich weder am gesellschaftlichen Bedarf noch an den je individuellen Bedürfnissen, sondern soll möglichst effizient erfolgen. Aufwendig zu dokumentierende Zeitverwendungen dienen nicht nur komplizierten Abrechnungssystemen, sondern legen Rationalisierungspotenzial offen. Während die Arbeitsverdichtung zunimmt und die Beschäftigten unter Überlastung leiden, sinkt die Qualität der Versorgung, nehmen die Infektionsraten in den Krankenhäusern zu, müssen die BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen im Minutentakt ihr Essen verschlingen, bestehen frühkindliche Bildungspläne nur auf dem Papier.

In dieser Situation wird Reproduktionsarbeit wieder in die Haushalte verschoben, führt dort zu Doppelt- und Dreifachbelastung – insbesondere bei Frauen – und auch zu einer Retraditionalisierung von Lebensweisen, einem Backlash in Bezug auf geschlechterpolitische Errungenschaften. Doch die vermeintlich stabile Familienform ist gar nicht in der Lage, die reduzierten Angebote sozialer Dienstleistungen zu kompensieren. Der prekäre Alltag lässt kaum Spielräume für Pflege, Erziehung, Betreuung, Selbstsorge oder gar Muße. Innerfamiliäre Konflikte um die Organisation der Reproduktion sind die Folge.

Die Politik reagiert mit Reformen, die teils Leistungen ausweiten und auch Geschlechterarrangements vorsichtig in Bewegung bringen, beispielsweise durch Kita-Ausbau, Elterngeld, Pflegereform und Pflegezeiten. Diese zielen jedoch in erster Linie auf eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit, sind Momente neoliberaler Krisenbearbeitung. Wichtig wäre hier, für einen egalitären Zugang zu den damit verbundenen Leistungen zu streiten, denn aktuell drohen sie gesellschaftliche Spaltungen noch zu verschärfen: etwa die zwischen gut ausgebildeten Doppelverdienerhaushalten und jenen, denen das Elterngeld von den Transferleistungen abgezogen wird, oder zwischen hoch qualifizierten berufstätigen Frauen, die zumindest Teile der widersprüchlichen Emanzipationsdividende einstreichen, und jenen, die die übrigbleibende Reproduktionsarbeit verrichten. Auch rassistische Grenzziehungen werden verstärkt: Reproduktionslücken in Privathaushalten werden dadurch gestopft, dass Hausarbeit an (illegalisierte) migrantische Arbeitskräfte delegiert

wird, Gleiches gilt für Lücken, die durch Personalmangel in der Pflege entstanden sind.

Für viele bleiben diese Reformen am Ende doch kaum mehr als kosmetische Veränderungen in einer Gesellschaft, die Lebensnotwendiges ökonomisiert und Risiken – von Ausbildung bis Gesundheit – den Einzelnen aufbürdet.² Die Grenzen neoliberaler Politiken in diesem Feld werden aber zunehmend deutlich. Sie führen zu alltäglichen Krisenerfahrungen, die – und das ist für strategische Überlegungen zentral – keinesfalls nur die vermeintlich «Abgehängten» betreffen. Bis weit in die Mittelschichten hinein verstärkt sich der Eindruck, dass hier etwas fundamental falsch läuft. Ansetzend an diesen Erfahrungen lässt sich eine Politik aus der Perspektive sozialer Reproduktion entwickeln.

Die Krise alltagsnah politisieren

Die Hürden alltäglicher Lebensführung werden oft auf eigenes Versagen zurückgeführt und nicht als Ausdruck gesellschaftlicher Krisenphänomene wahrgenommen. Das Gefühl, ständig unter Druck zu sein – bei der Arbeit, aber auch zu Hause oder beim Amt den vielen Anforderungen nicht gerecht zu werden, nie stillzustehen und trotzdem oder deshalb dauernd überfordert zu sein –, all das wird trotz besseren Wissens als «ich schaffe das nicht», als individuelle Erfahrung des Scheiterns verbucht. Dass es fast allen so geht, dringt kaum ins Bewusstsein – auch wenn die Möglichkeiten, in diesem *rat race* die Nase vorn zu behalten oder mit den Folgekosten umzugehen, stark klassenabhängig sind.

Die Hürden alltäglicher Lebensführung werden oft auf eigenes Versagen zurückgeführt. Das Gefühl, ständig unter Druck zu sein - bei der Arbeit, aber auch zu Hause oder beim Amt den vielen Anforderungen nicht gerecht zu werden, nie stillzustehen und trotzdem oder deshalb dauernd überfordert zu sein -, all das wird als individuelle Erfahrung des Scheiterns verbucht.

Und doch gelingt es vielerorts Widerstand zu entwickeln. Die Bewegungen der letzten Jahre haben neben Forderungen nach «echter Demokratie» auch Kämpfe um soziale Reproduktion ins Zentrum gerückt. Dem Mangel an bezahlbarem Wohnraum, öffentlicher Gesundheitsversorgung und guten Bildungsangeboten setzten sie selbstorganisierte Strukturen und Solidaritätsnetzwerke entgegen, in denen auch neue Formen politischer Organisation entstehen – wie bei der Plattform gegen Zwangsräumungen (PAH) in Spanien oder in den solidarischen Kliniken in Griechenland.³ Weniger bekannt ist eine landesweite Kampagne für gute Pflege in den USA: Caring Across Generations. Auch hier beginnt der Kampf für hochwertige Pflege und gute Arbeitsbedingungen im Alltag der Menschen, wird aber verschränkt mit einer Politik des «kulturellen Wandels». Ausgehend von der stark individualisierten, aber von immer mehr Menschen geteilten Erfahrung, an den Anforderungen einer neoliberalen Leistungsgesellschaft zu scheitern, werden Debatten um Alternativen angestoßen. Es geht darum, diese überhaupt vorstellbar zu machen. Ängste und Sorgen werden mit der aus dem Community Organizing stammenden Methode des *storytelling* in lokal organisierten *care congresses* zu verallgemeinern versucht. Der von Isolation und mangelnder sozialer Absicherung geprägte Alltag ambulanter Pflegekräfte wird ebenso thematisiert wie die Nöte derjenigen, die auf dauerhafte Unterstützung angewiesen sind. Fragen der Lebensweise stehen in einem umfassenden Sinne zur Diskussion: Wie wollen wir leben, wie alt werden? Wie ist das möglich in einer Gesellschaft, in der nur *high performer* Anerkennung erfahren und «Minderleister» geringgeschätzt werden? Es gelingt, Orte der Begegnung zu schaffen und eine gemeinsame Sprache zu finden, wo politische Begriffe für die eigenen Anliegen nicht zur Verfügung stehen.

Hinter Projekten wie Caring Across Generations steht die Erkenntnis, dass eine Bedingung erfolgreicher politischer Mobilisierungen darin besteht, die individualisierten Erfahrungen des Scheiterns als kollektive Probleme artikulierbar zu machen. Deshalb steht zunächst nicht der Aufbau einer klassisch linken «schlagkräftigen» Organisation im Zentrum. Transformatives Organizing zielt vielmehr darauf, soziale Situationen zu schaffen, die die Erfahrung kollektiver Handlungsfähigkeit in prekärem Gelände erst ermöglichen, um diese dann Schritt für Schritt mit dem Wissen um die gesellschaftlichen Ursachen der eigenen Situation und die Perspektiven ihrer Veränderung zu erweitern.

Neue Bündnisse: Mitte-unten

Jenseits solcher veränderten Formen linker Organisation bietet der Care-Sektor außerdem das Terrain für wirkmächtige Allianzen. Die praktische Verbindung unterschiedlicher Klassenfraktionen anhand eines gemeinsamen Interesses ist Voraussetzung für ein transformatives Projekt. Die spezifische Qualität von Care-Arbeit ermöglicht auf besondere Weise die Überschreitungen sozialer Milieus: Es sind die «Motivation und Arbeitsbedingungen der einen Person, die [...] über die Lebensqualität der anderen» entscheiden.⁴ Diese existenzielle Verwiesenheit kann eine Grundlage neuer Bündniskonstellationen sein.

Eine in diesem Zusammenhang exemplarische Auseinandersetzung haben vor einigen Jahren Hausangestellte im Bundesstaat New York geführt und gewonnen. In einem zehnjährigen Kampf konnten sie nicht nur grundlegende Arbeitsschutzbestimmungen für Beschäftigte in Privathaushalten erstreiten – die Domestic Workers' Bill of Rights –, sondern auch das Recht auf gewerkschaftliche Organisation. Das Besondere ist: Dieser historische Erfolg wurde im Bündnis mit den «ArbeitgeberInnen» errungen. Die Kampagne der Domestic Workers United hat die existenz-

tenzielle, zwischenmenschliche Qualität von Sorgearbeit und Sorgebeziehungen ins Zentrum gestellt. Auf dieser Grundlage und unter dem Slogan «Respect the work that makes all other work possible» gelang es, im Laufe eines beharrlichen Organisationsprozesses ein gemeinsames Interesse dieser höchst unterschiedlichen Akteure zu konstituieren: von fast ausschließlich migrantischen Haushaltsarbeiterinnen in häufig undokumentierten Arbeitsverhältnissen auf der einen und überwiegend berufstätigen Frauen aus der (überwiegend weißen) Mittelschicht auf der anderen Seite. Letztere delegierten große Teile der Pflege und Betreuung der ihnen am nächsten stehenden Menschen an ebendiese Nannys – beschäftigten sie aber in der Regel zu miserablen Bedingungen. Ein gemeinsames Ringen um gute Arbeitsverhältnisse als gute Sorgeverhältnisse wurde – bei allen bleibenden Differenzen – zum verbindenden Moment dieser Auseinandersetzung.⁵ Ansätze für vergleichbare Mitte-unten-Bündnisse (Michael Brie), die für bessere soziale Infrastrukturen in Pflege, Altenbetreuung oder Kindererziehung streiten, lassen sich auch hierzulande organisieren.⁶ Die Kampagne der Kita-Beschäftigten im Jahr 2009 und die in den Sozial- und Erziehungsdiensten seit April 2015 laufende Tarifaufeinandersetzung weisen in diese Richtung.⁷

Organisationsgrenzen überwinden

Um gemeinsame Interessen zu konstituieren, gilt es, auch die Grenzen politischer Kulturen und Organisationsformen zu überschreiten. Gerade in der Verbindung verschiedener Praxen stellen sich jedoch die größten Herausforderungen: Während die Arbeiterbewegung auf eine lange Tradition der Organisierung in Gewerkschaften und Parteien zurückgreifen kann, müssen effektive Formen von Arbeitskämpfen im Care-Bereich erst entwickelt werden. Noch komplizierter ist es mit unentlohn-

ter Sorgearbeit. Hier gibt es kaum bewährte Formen und Strukturen, «Arbeitskämpfe» zu organisieren. Und doch wird allerorten deutlich, wie sehr ein unterfinanziertes System öffentlicher Daseinsvorsorge, samt seiner Folgen für dortige Arbeitsverhältnisse, und der Druck auf häusliche Sorgearbeit zwei Seiten derselben Medaille sind.

Aber auch hier entstehen Ansätze, feldspezifische Praxen produktiv zu verbinden. Ein Beispiel hierfür sind die Auseinandersetzungen um die unerträglichen Zustände in unseren Krankenhäusern. Sie zeigen, wie sich betriebliche Kämpfe mit zivilgesellschaftlichen Anliegen verschränken lassen und wie darin außerdem Ansätze gewerkschaftlicher Erneuerung entstehen. So haben 2011 die Beschäftigten der Berliner Charité in einer Tarifaufeinandersetzung erstmals nicht Lohnerhöhungen, sondern die Aufstockung von Personal gefordert, und damit nicht nur ihre eigenen Arbeitsbedingungen, sondern auch die Situation der PatientInnen ins Zentrum eines Arbeitskampfes gerückt. Mit dem Slogan «Mehr von uns ist besser für alle» konnten sie auf den Personalmangel im Krankenhaus hinweisen und zugleich die Anliegen von PatientInnen und (pflegenden) Angehörigen aufgreifen. Bestand bei bisherigen Arbeitskämpfen die Gefahr, sich die PatientInnen (und die Öffentlichkeit) zum Gegner zu machen, standen hier die gemeinsamen Interessen im Vordergrund. Die Forderung nach einer festen Quote von Pflegekraft pro PatientIn hat den Streik zu einem Ringen um gute Gesundheitsversorgung gemacht.⁸

Rund um diese Auseinandersetzungen entstand das Bündnis «Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus», in dem nun erprobt wird, wie unterschiedliche politische Organisierungserfahrungen produktiv gemacht werden können. Es ist nicht immer leicht, die komplizierte Logik gewerkschaftlicher Auseinandersetzungen für alle Beteiligten transparent zu machen, gleichzeitig stehen gesundheitspolitische Konflikte teils quer

zu betrieblichen Erfordernissen. Hier vollzieht sich ein exemplarischer Lernprozess: Wie kann eine breite Öffentlichkeit Arbeitskämpfe in einem Feld unterstützen, auf dem massiver finanzieller Druck lastet und in dem die Überlastung der Beschäftigten mit am höchsten ist? Und wie können umgekehrt betriebliche Auseinandersetzungen genutzt werden, um für eine hochwertige öffentliche Gesundheitsversorgung zu streiten?

Produktions- und Lebensweise

Die Widersprüche und Spaltungen im Verhältnis von Produktions- und Lebensweise rücken in solchen Auseinandersetzungen in den Fokus – jenseits von Mainstream-Debatten um die «Vereinbarkeit von Beruf und Familie». Zwar sind Kämpfe um Erwerbsarbeit immer schon mit Fragen der Lebensweise verschränkt, selten werden sie jedoch als solche geführt, und auch im Alltagsverstand existieren sie überwiegend getrennt voneinander. Im Care-Bereich ist der Zusammenhang offensichtlich: Nicht nur bedingen die Arbeitsbedingungen der einen die Lebensbedingungen der anderen Person; auch beschränken die gegenwärtigen Verhältnisse in der Erwerbsarbeit insgesamt die Möglichkeiten guter Sorge – im «Privaten» wie im Beruf. Arbeitsverdichtung, Prekarisierung, steigende Reproduktionsanforderungen und sinkende Angebote machen Sorge und Selbstsorge häufig zum Hexenwerk. Gute Pflege können nur Menschen leisten, die nicht im «Minutentakt» agieren müssen, die nicht ständig am Limit ihrer Kräfte sind und die ihren Job überhaupt nur dann zufriedenstellend bewältigen können, wenn sie Überstunden machen.

Die Akteure in diesen Konflikten – viele von ihnen Frauen – verfügen über ein hohes Maß an geteiltem oder zu teilendem Wissen, können auf eigene Erfahrungen mit Reproduktionsarbeit zurückgreifen, sowohl mit deren gesellschaftlicher Abwertung als auch mit ih-

rer geschlechtsspezifischen Zuweisung. Im Austausch darüber kann deutlich werden, wie sehr die vermeintlich getrennten Sphären von Arbeit und Leben, von Produktion und Reproduktion miteinander verwoben sind.

Transformatorisches Potenzial

Obwohl die beschriebenen Auseinandersetzungen im «Kleinen» ansetzen, wird deutlich, dass eine Bearbeitung der Widersprüche im Care-Bereich auf «das Ganze der Gesellschaft» zielt. Die Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Sorgenden und Umsorgten machen es unumgänglich, die Bedingungen aufzurufen, unter denen man in Angstfreiheit schwach sein kann. Gelangt man erst hinter die Schranken gesellschaftlich errichteter Tabus, öffnen sich Sehnsüchte und Ahnungen einer anderen Gesellschaft. Es geht nicht darum, Care «reibungsloser» und vielleicht auch besser zu organisieren, sondern darum, mit der neoliberalen Logik zu brechen, ganz andere Care-Praxen zu entwickeln. Wo ansetzen? Caring Across Generations zeigt, wie sich neue Handlungsmöglichkeiten ergeben, wenn es gelingt, die Interessen von Pflegenden und Gepflegten nicht gegeneinanderzustellen. Deren Anliegen treffen sich aber nicht per se im Anspruch auf gute Pflegebedingungen. Die Durchsetzung besserer Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege beispielsweise würde zunächst bedeuten, dass diese teurer wird. Das richtet sich nur dann nicht gegen die Gepflegten, wenn die Leistung nicht privat finanziert werden muss. Also geht es bei diesen Kämpfen auch um Fragen von Ressourcen, um die Umverteilung von Arbeit, Zeit und Geld sowie um die Forderung nach einer demokratischeren Gestaltung des Gemeinwesens. Bündnisse in Care-Verhältnissen müssen die politischen Rahmenbedingungen angehen, um tragfähig sein zu können – damit bewegen sie sich aber mitten in mächtigen Interessenkonflikten.

Die Forderung nach einer Mindestbesetzung, nach einer Pflegequote, ist ein weiterer Hebelpunkt: Einerseits realpolitische, in Tarifauseinandersetzungen oder parlamentarisch zu erstreitende Option, bricht sie andererseits tendenziell mit der Profitlogik gegenwärtiger Krankenhausfinanzierung und wirft die Frage nach dem gesellschaftlichen Bedarf auf. Einem Gesundheitssystem, das durch ökonomische Kennziffern organisiert ist, stellt sie ein planerisches Steuerungsmodell entgegen und den demokratischen Anspruch auf die Ausgestaltung öffentlicher Güter. Aus dieser Perspektive gewinnen Diskussionen um den Wert des Öffentlichen und um funktionsfähige soziale Infrastrukturen an Bedeutung.⁹

Mit der Forderung nach einer Bedarfsfinanzierung im Gesundheitswesen steht aber nicht nur der gesellschaftliche Bedarf, sondern die Frage menschlicher Bedürfnisse auf der politischen Agenda. Im Ringen um gute Care-Verhältnisse ist eine Sorgeökonomie aufgerufen, in der jede/r nach seinen/ihren Bedürfnissen sorgt und umsorgt wird. Damit dies keine abstrakte Utopie bleibt, gilt es, auch den momentanen Bedingungen im Gesundheitswesen Stück für Stück mehr Lebensqualität abzurufen. Dabei ist Veränderung auch als Selbstveränderung zu denken. Care kann Perspektiven öffnen, jenseits des alten Widerspruchs von Revolution/Reform/Nische. Es lassen sich alltagsnahe Praxen mit politischer Bildung und Organisation verbinden, mit anderen Kämpfen verschränken. Sorgearbeit als Tätigkeit gibt eine Ahnung davon, wie es wäre, wenn die Zerrissenheit zwischen Arbeit und Leben, zwischen Produktion und Reproduktion, die tief in der gesellschaftlichen – geschlechtlichen – Teilung der Arbeit angelegt ist, aufgehoben wäre. Hier liegt ein Potenzial, das dieses Feld – jenseits des Ringens um verbesserte Daseinsvorsorge – für transformativ-politische Politik öffnet und mit utopischer Kraft ausstattet. Diesen strategischen «Schatz» gilt es zu heben.

Feminismus goes Care

Was kann die gesellschaftliche Linke aus den geschilderten Erfahrungen lernen? Welche Konsequenzen ziehen wir für feministische Politik? In den letzten Jahrzehnten ging es vornehmlich um Fragen der Gleichstellung und Integration in den Arbeitsmarkt. Feministische Auseinandersetzungen waren durch die Anliegen von Mittelschichtsfrauen geprägt, die gewisse Emanzipationsgewinne durch verbesserten Zugang zu Erwerbsarbeit einstreichen konnten. Perspektiven auf ein Projekt der Gesellschaftsveränderung fehlten weitgehend. Das beginnt sich zu verändern. Heute spielen Fragen feministischer Ökonomiekritik, von Reproduktionsarbeit und sozialer Reproduktion (wieder) eine wichtigere Rolle und verknüpfen sich teils mit politischen Praxen. Care bietet – bei allen berechtigten Einwänden gegen eine begriffliche Unschärfe – die Möglichkeit, feministische Kämpfe neu und anders mit sozialpolitischen Fragen zu verbinden. Die Repolitisierung des Feminismus würde dann gleichzeitig feministische Perspektiven im Ringen um ein gemeinsames demokratisches Öffentliches stärken.

Care Revolution

Viele der hier vorgestellten Überlegungen waren Anlass und sind gleichzeitig Ergebnis eines praktischen Organisationsprozesses, der im Zuge der Vorbereitungen zur Aktionskonferenz Care Revolution Anfang 2013 in Berlin begonnen hat und seitdem von dem gleichnamigen bundesweiten Netzwerk weitergetragen wird. Ausgehend von der Diagnose einer Krise sozialer Reproduktion haben sich etwa 70 Initiativen und viele Einzelpersonen aus einem breiten politischen Spektrum und quer zu den unterschiedlichen Feldern sozialer Reproduktion zusammengesetzt, um sich über ihre alltäglichen Kämpfe, Perspektiven und Organisierungserfahrungen auszutauschen und um gemeinsame Interessen zu formulieren, oder besser: sie in einem gemein-

samen Prozess «herzustellen». Ein «Kollektivwille», wie Antonio Gramsci schreibt, bildet sich nämlich nicht von allein. «Es handelt sich um einen molekularen, äußerst feinen Prozeß, um radikale, in die Verästelung reichende Analyse, [...] Gespräche und Debatten, die sich unendlich oft wiederholen und in ihrem riesigen Ensemble jene Betriebsamkeit darstellen, aus der ein Kollektivwille mit einem gewissen Grad an Homogenität hervorgeht, [um] eine koordinierte und simultane Handlung zu bewirken.»¹⁰ Was kann das heißen?

Eine «objektive» Betroffenheit aufgrund von allgemeinen Spar- und Privatisierungsmaßnahmen ist schnell behauptet. Aber wie verbindet sich tatsächlich der Anspruch von Eltern behinderter Kinder auf Teilhabe am öffentlichen Leben mit der Perspektive migrantischer Pflegekräfte, für die sich die Frage nach Teilhabe ganz anders stellt? Wie die Errungenschaften der Behindertenbewegung wie ein gesetzlicher Anspruch auf persönliche Assistenz mit den kollektiven Selbstvertretungsinteressen von Beschäftigten in diesem Bereich?

Wie die Perspektiven von GewerkschafterInnen, die im Kita-Bereich aktiv sind und doch mit den Logiken unbezahlter Sorgearbeit wenig vertraut? Wie queer-feministische Kritiken am Sozialstaat, der nach wie vor heterosexuelle und familiäre Lebensmodelle begünstigt, mit gewerkschaftlichen Perspektiven auf eine Stärkung sozialer Daseinsvorsorge? Und: Wie lassen sich feministische Theorie und Gesellschaftsanalyse als Ressourcen in einem kollektiven Lernprozess begreifen, statt in erster Linie als schier unüberwindliche Sprachbarrieren daherzukommen?

All das kann nur praktisch beantwortet werden – in vielen langwierigen, teils enervierenden Diskussionen, in denen durch unterschied-

liche Begriffe hindurch doch gemeinsame Ziele benannt oder in ungerichteten Suchprozessen gemeinsame Begriffe und Projekte gefunden werden – und: bei alledem doch Differenz anerkannt wird. Ein wichtiger Bezugspunkt kann derzeit in der Entwicklung eines demokratischen Öffentlichen und von sozialen Infrastrukturen liegen – gerade als Fluchtpunkt der gemeinsamen Organisation von bezahlter und unentlohnter Care-Arbeit im «Privaten». Dies würde zunächst einen Ausbau und eine «Aufwertung» weiblicher Beschäftigungsfelder bedeuten und darin ein Ringen um gute Erwerbsarbeit. Außerdem wird so die Frage der Professionalisierung von Care-Arbeit auf die Agenda gesetzt. Dies spielt nicht nur für gewerkschaftliche Auseinandersetzungen eine Rolle, sondern ist ein wichtiges Moment der Kritik an Naturalisierung, an der geschlechtlichen Zuweisung und Abwertung sorgender Tätigkeiten, gegen die Vorstellung, Sorgearbeit sei quasi natürliche Kompetenz von Frauen, die keiner Qualifikation bedürfe.

Die Orientierung feministischer Kämpfe auf die Entwicklung sozialer Infrastrukturen erweitert diese um eine Perspektive allgemeiner gesellschaftlicher Veränderungen, zielt somit nicht «nur» auf den Umbau der Geschlechterverhältnisse, sondern zielt auf «das Ganze der Arbeit».

Die Orientierung feministischer Kämpfe auf die Entwicklung sozialer Infrastrukturen erweitert diese um eine Perspektive allgemeiner gesellschaftlicher Veränderungen, zielt somit nicht «nur» auf den Umbau der Geschlechterverhältnisse, sondern auf diese als Produktionsverhältnisse (Frigga Haug), zielt auf «das Ganze der Arbeit». Im Fluchtpunkt steht eine Produktionsweise, in der reproduktive Tätigkeiten nicht zur Restgröße der Alltagsbewältigung degradiert werden, in der Zeit für

Bildung und Muße entsteht, für Sorge und Selbstsorge. Auf dem Weg dahin wären demokratische soziale Infrastrukturen weit mehr als eine verbesserte sozialstaatliche Absicherung, sondern notwendige Voraussetzung ganz anderer Care-Praxen. Veränderte Arbeitsteilung und Verschiebungen im Verhältnis der Geschlechter sind damit nicht per se gegeben, und doch wären verkürzte Erwerbsarbeitszeiten und entgeltfreier Zugang zur Absicherung elementarer Bedürfnisse jenseits persönlicher Abhängigkeitsverhältnisse (Stichwort: Ehegattensplitting) Bedingungen, unter denen solche Aushandlungen weitergetrieben werden könnten. All das gilt es auszutarieren – kurzfristige Erfolge sind unwahrscheinlich, und doch ist allein der Schritt aus der Isolation heraus, sich gemeinsam auf einen Suchprozess begeben zu haben, ein erster Meilenstein. Es geht um eine Selbstbefähigung der Akteure in diesen Kämpfen – und damit um eine Verschiebung von Kräfteverhältnissen nicht zuletzt innerhalb der Organisationen der Linken.

Die Reorganisation der Linken

Zum Schluss steht keine Blaupause und doch die These, dass aus den skizzierten Praxen nicht nur (queer-)feministische Politik neue Inspiration ziehen kann, sondern dass es gilt, ein feministisch-sozialistisches Transformationsprojekt ausgehend von Kämpfen um soziale Reproduktion zu entwickeln, diese insgesamt als Terrain linker Politik zu erschließen. Das Feld eignet sich, Praxen zu entwickeln, die am Alltagsverstand ansetzen, dabei aber nicht stehen bleiben; die radikale Veränderung anstreben und trotzdem im Hier und Jetzt beginnen; die es schaffen, gemeinsame Interessen herzustellen und verschiedene Perspektiven zusammenzubringen, ohne Differenzen zu negieren. «Die bloße Kommunika-

tion zwischen den «Vielen» kann jedoch keine Einheit herbeiführen, und statt der Entfaltung einer positiven Dialektik von Vielfalt und Einheit setzt sich so erstere auf Kosten letzterer durch.»¹¹ Es geht also darum, gewerkschaftliche, (queer-)feministische, migrantische, betriebliche und zivilgesellschaftliche Kämpfe praktisch zu verbinden.

Dafür ist jedoch ein Umdenken nötig. Im Großen und Ganzen tut sich die gesellschaftliche Linke noch schwer, den Aufbau lokaler, an drängenden Alltagsproblemen ansetzender, kollektiver Netze als eine zentrale Aufgabe anzusehen. Und doch muss sie dazu eine Praxis entwickeln, auch wenn für hiesige Zusammenhänge die Tatsache ungewohnt und teils kaum erträglich ist, dass solche Selbstermächtigungsprozesse unendlich viel Zeit beanspruchen, oftmals politisch «ungerichtet» erscheinen und in konkreten Fragen eigensinnige Entscheidungen treffen und Prioritäten setzen. Es geht darum, die Basis der Kämpfe systematisch zu erweitern, Selbstbefähigungs- und Lernprozesse zu ermöglichen, Verknüpfungen und Verallgemeinerungen von Kämpfen um Care zu entwickeln und möglichst viele Menschen in diesen Prozess zu involvieren. So wird Transformation aus der Perspektive des Alltags denkbar.

¹ Vgl. u. a. Winker, Gabriele: Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft, Bielefeld 2015. ² Vgl. Wohlfahrt, Norbert: Vom Geschäft mit Grundbedürfnissen, in: LuXemburg 1/2015, S. 106–113. ³ Vgl. Candéias, Mario/Völpel, Eva: Plätze sichern! ReOrganisation der Linken, Hamburg 2014. ⁴ Jochimsen, Maren: Kooperation im Umgang mit Verletzlichkeit, in: Biesecker, Adelheid u. a. (Hrsg.): Kooperation und interaktives Lernen in der Ökonomie, Frankfurt am Main 2002, S. 63. ⁵ Vgl. Poo, Ai-Jen: Organizing with Love, in: LuXemburg 4/2011, S. 72–84. ⁶ Vgl. Nowak, Iris: Sorgetätige in prekären Lohnverhältnissen, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Reihe Studien, Berlin 2010. ⁷ Vgl. Seppelt, Jana: Aufwertung jetzt! Gespräch über Strategien und Tücken der Tarifrunde in den Sozial- und Erziehungsdiensten, in: LuXemburg 1/2015, S. 94–99. ⁸ Vgl. Wolf, Luigi: «Patienten wegstreiken». Arbeitskämpfe an der Charité, in: LuXemburg 1/2013, S. 58–63. ⁹ Vgl. Krampe, Eva-Maria: Gesundheitsversorgung ganz anders?, in: LuXemburg 1/2015, S. 100–105. ¹⁰ Gramsci, Antonio: Gefängnishefte, hrsg. v. Wolfgang Fritz Haug, Hamburg 1991, S. 1050 f. ¹¹ Porcaro, Mimmo: Linke Parteien in der fragmentierten Gesellschaft, in: LuXemburg 4/2011, S. 32.

Luigi Wolf

«MEHR VON UNS IST BESSER FÜR ALLE!» DIE STREIKS AN DER BERLINER CHARITÉ UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE AUFWERTUNG VON CARE-ARBEIT

Im letzten Jahrhundert standen das Automobil und seine Produktion im Zentrum von Wertschöpfung und Beschäftigung. Im 21. Jahrhundert könnte die Pflegeindustrie diesen Platz einnehmen. Schon heute arbeiten über eine Million Menschen in Krankenhäusern, darunter 487.000 Pflegekräfte – 47,3 Prozent in Teilzeit. Hinzu kommen weitere 427.000 im stationären und 215.000 im ambulanten Pflegebereich. Zum Vergleich: In der Automobilindustrie waren 2014 rund 775.000 Menschen beschäftigt.¹

Vor diesem Hintergrund lohnt ein genauer Blick auf den gegenwärtigen Arbeitskampf an der Berliner Charité, Europas größtem Universitätsklinikum, wo Pflegekräfte das Konzept des Betten- und Stationsschließungsstreiks entwickelt und erfolgreich angewendet haben: zum ersten Mal 2011 und zuletzt im Sommer 2015, als der erste Streik in Deutschland für mehr Krankenhauspersonal stattfand.

Dieses Konzept setzt Potenziale für eine kollektive Organisation lohnabhängiger Care-ArbeiterInnen frei: Es nutzt die neue ökonomische Macht der Beschäftigten im neoliberalen Gesundheitssystem und mobilisiert die Pflegekräfte durch eine widerständige Artikulation ihres Pflegeethos. Denn in ihrer Tarifbewegung kämpfen die Pflegekräfte nicht nur für mehr Lohn, sondern für mehr Personal. Damit können sie zum Vorbild für andere Beschäftigte werden, denen ihre PatientInnen oder Schutzbefohlenen am Herzen liegen. Um sich erfolgreich zu organisieren und die eigenen Machtressourcen zu nutzen, bedarf es jedoch nicht nur neuer Streikmethoden, sondern auch neuer Formen der Organisation. Auch hier ist die Charité ein Laboratorium mit Modellcharakter – sowohl, was ihre öffentliche

Bündnisarbeit angeht, als auch hinsichtlich neuer Formen der Basisbeteiligung in der Tarifauseinandersetzung.

NEUE PRODUKTIONSMACHT DER PFLEGEKRÄFTE

Zentraler Bestandteil der neoliberalen Gesundheitsreform in Deutschland ist die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen durch die 2004 erfolgte Einführung des sogenannten DRG-Systems (DRG = Diagnosis-Related-Group). Zuvor wurden Krankenhäuser kostendeckend finanziert und konnten dabei keine Gewinne oder Verluste machen. Heute wird für jedes Krankheitsbild eine bundesweit einheitliche Fallpauschale berechnet – unabhängig von den realen Kosten, die dem Krankenhaus für die jeweilige Behandlung entstehen.

Streik im Krankenhaus war bis dahin vor allem eine eher politisch-symbolische Auseinandersetzung und weniger ein Kampf, mit dem wirtschaftlicher Druck aufgebaut werden konnte. Die Tagespauschalen wurden vom Staat an den lokalen Krankenhausbetreiber gezahlt, auch wenn gestreikt wurde. Streik bedeutete, dass sich Gewerkschaft und Arbeitgeber in einer Notdienstvereinbarung darauf einigten, die Anzahl der Pflegekräfte auf Sonn- und Feiertagsniveau zu reduzieren. Ökonomischer Schaden entstand dem Krankenhaus kaum, die Pflegekräfte konnten dadurch nicht wirklich zu aktiven Streiksubjekten werden.

Die Beschäftigten an der Charité, die ihre Arbeitssituation kollektiv verbessern wollten, wussten jedoch Veränderungen wie die Umstellung auf das neue Finanzierungssystem in den letzten Jahren zu nutzen. Sie organisierten ihre letzten Streiks so, dass keine neuen

PatientInnen aufgenommen und frei werden. Die Betten nicht mehr belegt werden konnten. Nach fünf Tagen Vollstreik waren im Jahr 2011 etwa 1.500 von 3.300 Betten der Charité «gesperrt». 90 Prozent der Operationen fielen aus und die Charité erlitt empfindliche finanzielle Verluste. Im Sommer 2015 bewährte sich dieses Konzept erneut. Während des elftägigen Streiks im Juni und Juli waren über 20 Stationen geschlossen, insgesamt blieben über 1.000 Betten leer – das entspricht der Ausstattung von zwei mittleren Kreiskrankenhäusern. Dass wenige Lokführer oder Piloten dank ihrer Stellung im Produktionsprozess mit enormer, ökonomisch schlagkräftiger Produktionsmacht ausgestattet sind, ist ein selbst im medialen Mainstream (oft beklagter) Alltagsplatz. Der Streik an der Charité offenbarte aber, dass auch Pflegekräfte Produktionsmacht entfalten können. An der Charité arbeiteten 2015 zum Zeitpunkt des Streiks 4.874 Beschäftigte in den bestreikten Bereichen der Pflege, inklusive der Funktionsdienste, der Verwaltung sowie der Informations- und Datenverarbeitung. Nach Angaben des Berliner Senats registrierte der Arbeitgeber an keinem der elf Tage mehr als 438 Streikende.² Auch wenn man berücksichtigt, dass sich die Belegschaft auf ein Drei-Schichten-System und eine Sieben-Tage-Woche verteilt, und Fehl- und Urlaubszeiten mit einrechnet, bedeutet diese Zahl, dass nur ein relativ kleiner Anteil der Pflegekräfte direkt an dem Arbeitskampf im vergangenen Sommer teilgenommen hat. Umso beeindruckender ist die Wirkung, welche die KollegInnen mit dieser Streiktaktik entfalten konnten – sie demonstriert unmittelbar die neue «Produktionsmacht» der Beschäftigten.

Ermöglicht wird dieses Streikkonzept auch durch eine sogenannte Notdienstvereinbarung zwischen ver.di und der Charité. Sie zwingt den Arbeitgeber, zum Streik angemeldete Betten im Vorfeld zu räumen – zum Schutz der PatientInnen. Auf diese Weise konnten wenige Streikende eine enorme Streikmacht

entfalten. Dass nur eine Minderheit jeden Tag streikte, bedeutet aber nicht, dass auch nur eine Minderheit an der Auseinandersetzung beteiligt war. Die Mobilisierung an der Charité war enorm. Die Zahl der ver.di-Mitglieder stieg von 1.495 vor dem Streik auf 1.990 nach dem Streik – ein Plus von 33 Prozent.

DIE NEOLIBERALE MOBILISIERUNG DES PFLEGEETHOS

Das Besondere dieses Streiks wird allerdings erst durch einen Exkurs über das Herrschaftsregime im ökonomisierten Gesundheitssystem verständlich. Unter dem Druck von Privatisierung und Sparvorgaben konkurrieren Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen darum, Therapien so kostengünstig wie möglich anzubieten. Sie sparen vor allem bei der Verweildauer der PatientInnen und bei den Personalausgaben, während Investitionen in medizinisch-technische Ausstattung und Arzneimittel ständig zunehmen. Jede Einsparung bringt einer Einrichtung für das laufende Jahr zwar Gewinne, trägt aber gleichzeitig dazu bei, dass die Einnahmen mittelfristig sinken. Unter dem DRG-System wird nämlich über Stichproben die Entwicklung der Kosten ermittelt, und daraus werden dann die Fallpauschalen abgeleitet – Einsparungen von heute senken daher die Bemessungsgrundlage für morgen. Dass dieses System zu Problemen in der Gesundheitsversorgung führt, zeigt sich etwa im Phänomen der vorzeitigen – die Pflegekräfte sagen «blutigen» – Entlassungen von PatientInnen. Kommt eine Patientin nach einem Tag zu Hause wieder ins Krankenhaus, weil der Heilungsprozess nicht abgeschlossen ist, gilt sie als neuer «Fall», der zusätzlich abgerechnet werden kann.

Besonders dramatisch sind diese Entwicklungen für die Beschäftigten. Sie gelten als «Haupteinsparungsquelle». Von 1991 bis 2009 sanken die in Vollzeit gerechneten Stellen in deutschen Krankenhäusern von 334.890 auf 303.656 bei gleichzeitiger Steige-

rung der Fallzahlen um 25 Prozent. Die abnehmende Verweildauer kompensiert dies nicht.³ Die massive Arbeitsverdichtung bringt Leid für Beschäftigte und PatientInnen.

Doch wieso ließen die Pflegekräfte das mit sich geschehen? Eine Erklärung ist, dass in der Gesundheitsindustrie eine besondere herrschaftssichernde Form der Subjektivierung von Arbeit gängig ist. Wird in der verarbeitenden Industrie durch Profitcenter innerhalb eines Unternehmens künstlich Konkurrenz geschaffen, werden im Gesundheitssektor oft einzelne Pflegeeinrichtungen privatisiert oder Zentren in einem Krankenhaus zu (teil-)autonomen Einheiten erklärt, die dann gegen andere auf dem (internen) Markt bestehen müssen. Die Identifikation der Beschäftigten mit ihrem Beruf, das «Ethos fürsorglicher Praxis», kann so in besonderer Weise mobilisiert und ausgenutzt werden.⁴

Dies lässt sich am Fallbeispiel einer Pflegestation verdeutlichen, die ehemals zur Diakonie gehörte und im Zuge einer Privatisierung Lohnverluste hinnehmen musste. Eine dem diakonischen Profil entsprechende Arbeit (viel Zeit für die PatientInnen, ganzheitliches Pflegeverständnis) war den Beschäftigten innerhalb der engen finanziellen und zeitlichen Vorgaben (Stichwort «Minutenpflege») schon lange nicht mehr möglich gewesen. Als im Zuge der Privatisierung die Löhne gesenkt wurden, zugleich aber dadurch mehr Personal finanziert werden konnte, akzeptierte das der Großteil der Pflegekräfte: Nach eigener Auskunft bevorzugen sie eine niedrigere Bezahlung, wenn sie im Gegenzug mehr Zeit für die Pflege zur Verfügung haben.⁵

Auch in Krankenhäusern lässt sich beobachten wie Beschäftigte im Interesse von guter Pflege schlechte Arbeitsbedingungen akzeptieren. So steht im Krankenhaus jedes Team in der Verantwortung, eine gute Versorgung der

PatientInnen zu gewährleisten. Auch dann, wenn die äußeren Bedingungen sich ständig verschlechtern. Diese Form der herrschaftskonformen Mobilisierung des Pflegeethos im Gesundheitssystem erklärt Adam Reich in Anlehnung an Arlie Hochschild mithilfe zweier Kategorien. Das *misrecognized heart* – das nicht anerkannte Herz: Die Beschäftigten nehmen das Pflegen als eine Behauptung der nicht-ökonomischen Teile ihrer Arbeit gegenüber den bürokratischen und marktbasieren Imperativen des Pflegebetriebes wahr. Alternativ oder ergänzend funktioniert das *martyred heart* – das Märtyrer-Herz: Die Beschäftigten ziehen aus der intrinsischen Motivation ihrer Arbeit eine so große Befriedigung, dass diese als Ersatzanerkennung wahrgenommen wird. Das Paradoxe dieser Handlungsstrategien ist, dass sie den Verhältnissen dienen, gegen die sich die Beschäftigten aufzulehnen meinen. Gute Pflege gegen die Anforderungen von Bürokratie und Markt aufrechtzuerhalten, mag sich für die Beschäftigten wie ein widerständiger Akt anfühlen. Durch das Krankenhausmanagement wird dies ausgenutzt, der Bilanz nützt es.

Von 1991 bis 2009 sanken die in Vollzeit gerechneten Stellen in deutschen Krankenhäusern von 334.890 auf 303.656 bei gleichzeitiger Steigerung der Fallzahlen um 25 Prozent.

Reich sieht jedoch noch eine dritte Artikulation des Pflegeethos: das *mobilized heart*, das mobilisierte Herz, bei dem die hohe Identifikation mit der eigenen Arbeit auch der Grund ist, für die eigenen Interessen, die Interessen der KollegInnen und die der PatientInnen einzutreten. Sie erkennen, dass sie gute Pflege nur leisten können, wenn sie selbst ihre Position im Krankenhaus verbessern. Eine solche widerständige Artikulation des Pflegeethos ist den Beschäftigten der Charité gelungen.

MOBILIZED HEART - PFLEGEETHOS IM STREIK

Früher scheiterten Streiks oft an der Mobilisierung des Pflegeethos. «OPs lahmlegen und die Arbeiterbereiche auf die Straße bringen, war die traditionelle Streikstrategie», so ein Streikaktiver an der Charité. Die Pflegekräfte fühlten sich «in Geiselnhaft der Patienten». Die Folgen für die Streikbeteiligung beschreibt ein Vertrauensmann: «Die Arbeitgeber wissen ja ganz genau, wer streikt. Und die haben natürlich gesehen, dass die Stationspflege im Wesentlichen in ihrer Freizeit da draußen ist.» Die Charité-AktivistInnen entwickelten nun ein Konzept, das auf dieses Problem reagierte: «Einmal hast du Patienten da, die kannst du nicht wegzaubern. Andere Bereiche können ihre Maschinen abschalten und dann ist es das [...], weil da kommt niemand zu Schaden. Aber wir haben erst mal die Patienten da. Die kann man nicht wegzaubern, sondern die muss man wegstreiken.»

Das Konzept des «Wegstreikens» setzt am Verantwortungsbewusstsein der Beschäftigten an. Für den Fall, dass die Beschäftigten einer Station beschließen, eine gewisse Anzahl an Betten oder eine ganze Station zu bestreiken, sieht die mit der Charité getroffene Notdienstvereinbarung vor, dass ein einzelnes Bett innerhalb von drei Tagen oder die gesamte Station innerhalb von sieben Tagen von PatientInnen freigeräumt werden muss. Diese Vereinbarung konnte wiederum nur erreicht werden, weil schon im Vorhinein einige Stationen ihre Entschlossenheit zum Streik erklärte und so Druck aufgebaut hatten. Die Qualität des Arbeitsprozesses im Krankenhaus, in dessen Zentrum der Patient und seine Gesundheit stehen, verpflichtet Management und Beschäftigte gleichermaßen. Der ethische

Druck des Patientenwohls konnte also genutzt werden, um diese Notdienstvereinbarung zu erzwingen. Was bisher eine Selbstbeschränkung streikender Belegschaften war, wurde hier auf den Kopf gestellt und gab den Pflegekräften die Möglichkeit, ihre Arbeitsethik nicht länger als Restriktion, sondern als mobilisierende Ressource im Streik zu nutzen.

MEHR ALS EINE TECHNIK

Der Betten- und Stationsschließungsstreik sollte jedoch nicht nur als technische Innovation im «Arbeitskampfbaukasten» missverstanden werden. Ihm liegen viele Prozesse zugrunde, die seine Entwicklung erst ermöglichen: So gelang es den ver.di-Aktiven, die hoch qualifizierten IntensivpflegerInnen, die nur knapp zehn Prozent der Belegschaft ausmachen, langfristig als MitstreiterInnen zu gewinnen. Aufgrund des Fachkräftemangels sind sie in einer arbeitsmarktpolitisch günstigen Lage und wissen oft als Einzige mit den hochkomplexen, aber auch hoch profitablen Maschinen der Apparatemedizin umzugehen. Bestrebungen, den ärztlichen Beruf zu dequalifizieren, indem immer mehr Tätigkeiten entzogen und an Pflegekräfte delegiert werden, tragen zu einer Aufwertung der Intensivpflege bei. Dies bildet die objektive Grundlage für das Selbstbewusstsein der Pflegekräfte und ermutigt sie, das extrem hierarchisch strukturierte Krankenhaussystem durch einen Streik lahmzulegen. Die Notdienstvereinbarung beinhaltet eine weitgehende «Hierarchieumkehr». Die «Halbgötter in Weiß», in der Hierarchie eigentlich ganz oben, wurden damit konfrontiert, dass sie mit ihren Pflegekräften in der Streikleitung darüber verhandeln mussten, welche der Operationen unaufschiebbar waren und welche abgesagt werden konnten.

Der Betten- und Stationsschließungsstreik sollte jedoch nicht nur als technische Innovation im «Arbeitskampfbaukasten» missverstanden werden.

BÜNDNIS BESCHÄFTIGTE - PATIENTINNEN

2013 betrat ver.di an der Charité abermals Neuland. Erstmals wurde eine Tarifauseinandersetzung begonnen, die sich gegen den Personalmangel in den Krankenhäusern wendet. Zu den Kernforderungen gehören feste Quoten, die das Verhältnis von Beschäftigten und PatientInnen für die Pflege auf Intensiv- und Normalstationen verbindlich regeln sollen. Um das durchzusetzen, soll der Arbeitgeber bei Unterschreitung dieser Standards zu Strafzahlungen an die betroffenen Beschäftigten verpflichtet werden. Diese Forderung nach qualitativen Verbesserungen in der Pflege ermöglichte ein Bündnis von Beschäftigten, PatientInnen und BürgerInnen. Wenn die systematische Unterbesetzung so teuer wird, dass es für den Arbeitgeber billiger wird, mehr festes Personal einzustellen, profitieren auch die PatientInnen, weil die Pflegekräfte wieder mehr Zeit haben – sei es nun für das sichere Händewaschen oder für ein beruhigendes Gespräch am Krankenbett. Nicht mehr genügend Zeit für eine umfassende und ganzheitliche Pflege zu haben, wird von Pflegekräften immer wieder als einer der Hauptgründe für Unzufriedenheit im Beruf angegeben.⁶ Personalmangel zum Gegenstand einer Tarifbewegung zu machen, birgt das Potenzial, das Arbeitsethos der Pflegekräfte anzusprechen, und könnte gleichzeitig zum Vorbild für andere sorgetätige Beschäftigte und ihre Gewerkschaften werden.

Im Sommer 2013 wurde zudem das Bündnis «Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus» gegründet. Über 90 KollegInnen aus verschiedenen Gewerkschaften, Pflegekräfte aus diversen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, kritische MedizinerInnen und ÄrztInnen sowie politisch Aktive kamen bei der Gründung zusammen. Wesentlich war dabei, dass das Bündnis die Interessen der Allgemeinheit, insbesondere aus der Perspektive der PatientInnen artikulieren konnte. So wur-

den Flashmobs auf öffentlichen Plätzen und eine Unterschriftensammlung organisiert, bei der viele PatientInnen unterschrieben. Während des Streiks wurden Unterstützungserklärungen von PatientInnen gesammelt. Den Höhepunkt fand diese Arbeit in einer Pressekonferenz während des Streiks, in der PatientInnen der Charité aus ihrer Sicht die herausragende Bedeutung des Arbeitskampfes für mehr Personal würdigten. Die machtvolle Selbstmobilisierung der Pflegekräfte schuf eine gemeinsame Arena für Beschäftigteninteressen und allgemeine Gesundheitsinteressen der PatientInnen. Ihre Interessen konnten sich so wechselseitig verstärken. Damit gelang es, mobilisierte Beschäftigtenmacht im Betrieb für einen gesellschaftlichen Kampf um Hegemonie zu nutzen, in dem es um das Gemeingut Gesundheit geht.

Mit dem Betten- und Stationsschließungsstreik hatten die Beschäftigten bereits eine Aktionsform gefunden, die ökonomische Durchschlagskraft mit der Mobilisierung des spezifischen Arbeitsethos der Pflegekräfte verbindet. Die nun aufgestellte Forderung nach einer festen Patienten-Personal-Quote ergänzte dies perfekt, da sie die gesamte neoliberale Finanzarchitektur des DRG-Systems infrage stellt und weiteren Personaleinsparungen und Arbeitsverdichtungen einen Riegel vorschiebt. Der Streik an der Charité im Frühsommer 2015 wurde so zu einem der herausragenden gewerkschaftspolitischen Erfolge von ver.di. Nach dem elftägigen Streik einigten sich ver.di und die Leitung der Charité auf ein Eckpunktepapier zu einem Tarifvertrag «Gesundheit und Demographie». Dieser sieht als eine Maßnahme zur Reduzierung der Arbeitsbelastung eine verbindliche Aufstockung des Personals vor. Zum Redaktionsschluss für diesen Artikel dauerten die Verhandlungen über die genaue Ausgestaltung des Tarifvertrages noch an. Gelingt der Abschluss, würde tariflich ein Betreuungsverhältnis festgelegt, dass sich am Pflegeaufwand orientiert. Diese

(ausbaufähige) Regelung wäre ein Angriff auf die Logik des DRG-Systems, das einen Anreiz zu immer weiterer Arbeitsverdichtung und Rationalisierung setzt.

VON DER INDIREKTEN STEUERUNG ZUR TEAM-MOBILISIERUNG: DAS MODELL DER TARIFBERATERINNEN

Ein bedeutender Fortschritt des Charité-Streiks 2015 gegenüber 2011 war der Aufbau einer neuen Struktur zur Beteiligung und Mitbestimmung in der Tarifaueinandersetzung. Schon Ende 2014 hatte ver.di damit begonnen, einzelne Beschäftigte als VertreterInnen ihres Pflegeteams beziehungsweise Arbeitsbereichs als sogenannte Tarifberater zu gewinnen, die sich regelmäßig treffen und alle wichtigen Fragen der Tarifverhandlungen diskutieren sollen. Diese Delegiertenstruktur ist nicht nur ein Novum gegenüber den üblichen Strukturen, in denen die Tarifkommission allein über den Stand der Verhandlungen berät. Sie knüpft auch an die Arbeitsorganisation in den Teams an: Ob Praxisanleiter, Qualitätsbeauftragte oder auch nur wechselnde Verantwortliche für Kuchen oder den jährlichen «Betriebsausflug» – Arbeitsteams in Krankenhäusern sind es gewohnt, arbeitsteilig Verantwortlichkeiten zu übernehmen. Das ist für Gewerkschaften eine große Chance, die auch für die Organisierung im Streik genutzt werden konnte.

So zwang das Konzept des Betten- und Stationsschließungsstreiks die Arbeitsteams im Vorfeld des Ausstands zu beraten, wer streiken will und was dies für die jeweilige Station bedeuten würde. Während im Streik klassischerweise jede einzelne Beschäftigte gegenüber dem Team rechtfertigen muss, dass er oder sie «rausgeht» und die KollegInnen allein lässt, kann nun das Team als Ganzes überlegen, wie viele Streikende es stellt und was dies an Kapazitätseinschränkungen zur Folge hat. Entscheidend war, dass ver.di die Beschäftigten nicht

als einzelne Individuen oder als «die Belegschaft» adressierte. Stattdessen wurden die Beschäftigten als Teams mobilisiert.

Ist die Teamarbeit normalerweise ein Instrument der «indirekten Steuerung», bei der die Beschäftigten aus Verantwortung für die KollegInnen und aus einem «Teamgeist» heraus freiwillig Überstunden leisten oder einspringen, so wurden die Teams hier zu widerständigen Einheiten. Dies war auch eine praktische Notwendigkeit: Denn während sich die Methode des Betten- und Stationsschließungsstreiks vor dem Arbeitskampf 2011 als hervorragendes Mobilisierungsinstrument in Bezug auf die gesamte Belegschaft erwiesen hatte, verteilte sich die alltägliche Gewerkschaftsarbeit danach wieder auf sehr wenige Schultern. Das ist die typische Konjunktur der Beteiligung in Tarifaueinandersetzungen: Die Gewerkschaftsmitglieder im Betrieb sind jenseits der unmittelbaren Aktionsphasen bei Warnstreiks, Urabstimmungen und Streiks kaum beteiligt. Zusätzlich sind diejenigen Aktiven, die als Betriebs- und Personalräte freigestellt sind, einer enormen Arbeitsbelastung ausgesetzt. Oft haben sie wenig Zeit für aktivierende Gewerkschaftsarbeit, weil sie mit der individuellen Vertretung der Beschäftigten in Rechtsfragen und Gremienarbeit bereits völlig ausgelastet sind. In den Tarifkommissionen wiederum sind die freigestellten Betriebs- und Personalräte überrepräsentiert. Hier bleibt – entgegen der eigenen Ansprüche – oft nur wenig Zeit für eine systematische Ansprache und Beteiligung der KollegInnen an der Basis. Das Modell der Tarifberater an der Charité schafft hier einen neuen Typus von Gewerkschaftsaktiven. Im Kontrast zum klassischen, überarbeiteten Multifunktionär, der viel Zeit in den Gremien der Gewerkschaft und der betrieblichen Mitbestimmung verbringt, sind die TarifberaterInnen eng mit ihrem Team verbunden – und sie sind, im Gegensatz zur Mehrzahl der klassischen Funktionäre, überwiegend weiblich. Sie organisieren während

eines Streiks die Information, Ansprache und Betreuung ihres Teams und stellen sich Fragen zur Streiktaktik oder zu Auswirkungen des Tarifvertrags.

An der Charité konnte im Arbeitskampf im Sommer 2015 jede Station eine Tarifberaterin benennen. Meist wurden Gewerkschaftsmitglieder gewählt, aber auch Beschäftigte, die nicht Mitglied sind, konnten delegiert werden. Sie konnten sich in die letzten eineinhalb Stunden der Tarifkommissionssitzungen einbringen – das Gremium öffnete sich damit gleichsam «nach unten». Der Anspruch war es, die Tarifberaterinnen an allen wichtigen Entscheidungen und Beratungen – etwa zu einem neuen Arbeitgeberangebot oder zur Weiterentwicklung der Streiktaktik – zu beteiligen. Dazu mussten sich die BeraterInnen in die teils komplexe Materie der Personalbemessung einarbeiten und ihre Teams kontinuierlich über den Fortgang der Verhandlungen informieren. Anfangs nutzen diese neue Beteiligungs- und Informationsmöglichkeit nur wenige Stationen. Zu den ersten Treffen der Tarifberaterinnen kamen 12 oder 13 Personen (von insgesamt etwa 90 Teams der stationären Pflege und 20 Intensivstationen). Zum Warnstreik im April 2015 zog die Zahl deutlich an und während des Streiks im Juni/Juli 2015 konnten bis zu 200 Tarifberaterinnen hinzugewonnen werden. Innerhalb weniger Stunden waren so Ad-hoc-Treffen mit 90 KollegInnen möglich. Auch im aktuellen, langwierigen Prozess der Aushandlung des Tarifvertrages kommen weiterhin zwischen 35 und 70 KollegInnen zu regelmäßigen Treffen zusammen.

Ungewöhnlich ist, dass die Tarifberaterstruktur nicht von der ver.di-Betriebsgruppe allein aufgebaut wurde. Wichtige Akteure aus dem erwähnten «Bündnis für mehr Personal» halfen den betrieblich Aktiven dabei. Zwar gibt es solche Initiativen auch bei anderen Organizing-Projekten. In einem sogenannten «Blitz» helfen Externe den betrieblich Aktiven dabei, Stationen aufzusuchen und Kontakte zu Kol-

legInnen aufzubauen. Allerdings ist ein solcher «Blitz» sehr arbeitsaufwendig und erweist sich nur dann als nachhaltig, wenn die neu gewonnenen Kontakte gepflegt werden und es Angebote zur aktiven Beteiligung gibt. An der Charité verlief die Einbindung der externen UnterstützerInnen kontinuierlicher. Ein Teil der Bündnisarbeit «verbetrieblichte» sich. Tandems aus betrieblichen Aktiven und externen AktivistInnen sprachen gemeinsam die Schlüsselakteure einzelner Arbeitsstationen an und besuchten gemeinsam Teamsitzungen. Hier konnten sich die Tandems gut ergänzen: Während die Aktiven aus dem Betrieb durch ihr Wissen über die Details der Tarifbewegung und die eigenen Arbeitsbedingungen überzeugen konnten, wiesen die externen AktivistInnen auf die gesamtgesellschaftliche Bedeutung des Arbeitskampfes beziehungsweise die Patienteninteressen hin und konnten so die Beschäftigten motivieren.

AUFWERTUNG DER SORGEARBEIT: ÜBER DIE BEDEUTUNG DER BESCHÄFTIGTENMACHT VON CARE-ARBEITERINNEN

Aus dem Streik an der Berliner Charité können viele wichtige strategische Anregungen für die Diskussion um die gesellschaftliche Anerkennung und Aufwertung von Sorgearbeit gezogen werden. Eine grundlegende Forderung in Debatten um Care-Arbeit ist oft, dass die Unterscheidung zwischen in Lohnarbeit organisierter und nicht entlohnter Sorgearbeit (zum Beispiel in der Familie) überwunden werden müsse. Dies bringt aber die Gefahr mit sich, dass der strategische Vorteil, den lohnabhängige Care-ArbeiterInnen gegenüber denjenigen haben, die diese Arbeit in der Familie oder in informellen Settings leisten, nicht ausgeschöpft wird: die Tatsache, dass sie in Form ihres Arbeitgebers ein unmittelbares Gegenüber haben, an den sie ihre Forderungen adressieren können.

Diese Unterscheidung zu treffen, heißt nicht, Kämpfe und die Selbstorganisation von beispielsweise pflegenden Angehörigen zu ignorieren oder nicht wertzuschätzen. Es ermöglicht lediglich, die besonderen Bedingungen und Machtpotenziale, die lohnabhängige Care-ArbeiterInnen zur Verfügung stehen, zu erkennen und noch besser zu nutzen. Sofern lohnabhängige Care-ArbeiterInnen durch den Staat oder andere Institutionen finanziert werden, haben sie grundsätzlich die Möglichkeit, die Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen zu einem Politikum zu machen. Denn diese sind gleichzeitig wesentliche Variable der Qualität der Dienstleistung Care-Arbeit. Das gibt Angestellten in der Krankenpflege, in Altenheimen oder in Kindertagesstätten die Chance, ihre meist schlechte Beschäftigungssituation zu skandalisieren und von der Gesellschaft bessere Arbeitsbedingungen einzufordern, weil diese zugleich eine bessere Qualität der Dienstleistung bedeuten.

Dies ist etwa für pflegende Angehörige kaum möglich, weil sie eben nicht in Form eines Arbeitgebers ein unmittelbares Gegenüber haben.

Neben dieser diskursiven Form von Beschäftigtenmacht können bestimmte Care-ArbeiterInnen auch aus dem direkten «Produktionsprozess» ihrer Arbeit «Produktionsmacht» entwickeln. Die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens bedeutet etwa für Pflegekräfte in Krankenhäusern, dass sie den Druck gegenüber den Betreibern erhöhen konnten, weil Streiks nun im Gegensatz zu früher mit beträchtlichen finanziellen Einbußen verbunden sein können.

Diese neue «Machtposition» gilt es in strategischen Debatten zu berücksichtigen. Genauso gilt es darüber nachzudenken, wie diese auch für weniger «mächtige» Beschäftigtengruppen genutzt werden kann, wie etwa Pflegekräfte in Altenheimen. Diese können zwar auch an die Gesellschaft appellieren und sich

gewerkschaftlich organisieren, ihnen fällt ein Arbeitskampf jedoch sehr viel schwerer als Pflegekräften, die ihre Betten in Krankenhäusern dank kurzer Verweildauer einfach «leerstreiken» können. Es stellt sich also die Frage, wie die erfolgreichen Kämpfe der letzten Jahre um die Aufwertung der Krankenhauspflege auch auf andere Bereiche positiv ausstrahlen können und wie es in Zukunft gelingen kann, die begonnenen Auseinandersetzungen um die gesamtgesellschaftliche Bedeutung pflegerischer und sorgender Tätigkeiten und die Notwendigkeit ihrer Aufwertung noch zu verbreitern und zu intensivieren.

Selbstverständlich hat diese Diskussion auch eine Geschichte. So hat die frühe arbeitssoziologische und gewerkschaftliche Diskussion über Krankenschwestern den im Care-Bereich Beschäftigten meist vorgeworfen, sich zu stark mit ihrer Lohnarbeit zu identifizieren und Selbstaufopferung für den Beruf zu betreiben. Ein ordentliches Klassenbewusstsein zeichnet sich in dieser Sicht jedoch dadurch aus, Lohnarbeit nur als Mittel zu sehen, um sich reproduzieren zu können. Dies wurde als Norm gesetzt und als Grundvoraussetzung dafür betrachtet, erfolgreiche kollektive Arbeitskämpfe führen zu können.⁷ Es lässt sich aber auch anders herum denken: Die Identifikation mit dem Beruf und der Arbeit, die tiefe emotionale Beziehung zu den KlientInnen oder PatientInnen in der Arbeit sind selbst ein Feld des Kampfes. Die Identifikation der Beschäftigten mit ihrer Arbeit kann dabei zur Herrschaftssicherung mobilisiert werden, sie kann aber auch eine wichtige Ressource des Eigensinns gegenüber dem Arbeitgeber und der Gesellschaft sein. Die Erfahrungen mit Arbeitskämpfen an der Berliner Charité und anderen Krankenhäusern zeigen, dass die letztere Option mehr als eine theoretische Möglichkeit ist. Hier liegt ein, wenn nicht der zentrale Hebel für den Kampf gegen die fortschreitende Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung.

Anmerkung der Redaktion

Weite Teile dieses Beitrages wurden bereits 2013 in der Zeitschrift *Luxemburg* veröffentlicht. Damals hat er dazu beigetragen, den Arbeitskampf der Beschäftigten an der Charité in den Diskussionen um Organisations- und Emanzipationsperspektiven der Care-Arbeit bekannt zu machen. Für die Tagung «Um-Care. Für neue Strategien in Gesundheit und Pflege» vom 16. bis 18. Oktober 2015 in Berlin wurde der Text von Luigi Wolf überarbeitet und mit Bezug auf die neuesten Entwicklungen an der Charité aktualisiert.

1 Bundesministerium für Wirtschaft und Energie: Automobilindustrie, Berlin 2015, unter: www.bmwi.de/DE/Themen/Wirtschaft/branchenfokus,did=195940.html S. 20–22. **2** Abgeordnetenhaus Berlin: Schriftliche Anfrage Abgeordneter Michael Freiberg (CDU), 17. Wahlperiode, Drucksache 17/16 508. **3** Vgl. Braun, Bernard/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf: Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus, Universität Bremen, artec-paper Nr. 173, Bremen 2011. **4** Vgl. Senghaas-Knobloch, Eva: Zeit für fürsorgliche Praxis. Pflegeethos und Erfahrungen von Frauen und Männern in Pflegeberufen, in: Senghaas-Knobloch, Eva/Kumbruck, Christel (Hrsg.): Vom Liebesdienst zur liebevollen Pflege, Lohmann 2008, S. 77–94. **5** Kumbruck, Christel: Berufliche Pflegepraxis und die Erfahrung gesellschaftlicher Anerkennung, in: Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (Hrsg.): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung, Berlin 2010, S. 191. **6** Vgl. Bartholomeyczik, Sabine/Donath, Elke/Schmidt, Sascha/Rieger, Monika/Berger Elisabeth: Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Dortmund u. a. 2008; Braun u. a.: Einfluss der DRGs. **7** Volker Volkholz spricht bezüglich Krankenschwestern von einem «unvollständig ausgebildeten Lohnarbeiterbewusstsein». Vgl. Volkholz, Volker: Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem : eine Kritik, Stuttgart 1973.

Sarah Schillinger

«WIR SIND DOCH KEINE SKLAVINNEN!» (SELBST-)ORGANISIERUNG VON POLNISCHEN CARE-ARBEITERINNEN IN DER SCHWEIZ

Im Sommer 2013 gründeten polnische Care-Arbeiterinnen mit Unterstützung der Dienstleistungsgewerkschaft Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD) in Basel das Netzwerk Respekt@vpod. Sie hatten sich zusammengefunden, um auf ihre prekären Arbeitsverhältnisse aufmerksam zu machen und für Arbeitsrechte, Respekt und ein Leben in Würde einzustehen. Diese Form lokaler Selbstorganisation von Hausarbeiterinnen hat für den deutschsprachigen Raum Vorbildcharakter: Die Aktivistinnen von Respekt@vpod betreten neue Wege der Organisation in einem Arbeitsfeld, das meist unsichtbar bleibt und als unorganisierbar gilt, gleichzeitig aber ein Bereich ist, der für die gesellschaftliche Organisation von Sorge- und Pflegearbeit zentrale Bedeutung hat. Die Frauen in Basel haben es geschafft, aus ihrem Status als «Objekte», über die politisch verhandelt wird, herauszutreten und eigene Artikulationsformen zu entwickeln. Damit haben sie auch den Gewerkschaften gezeigt, wie neue Formen und Strategien der Organisation von prekär Beschäftigten aussehen könnten.

Unsichtbare machen sich sichtbar

Plötzlich waren sie da, hatten ein Gesicht und eine Stimme: Care-Arbeiterinnen aus Polen, die in der Schweiz rund um die Uhr alte Menschen pflegen und betreuen. Auf der 1.-Mai-Demonstration 2014 in Basel stahlen sie den etablierten Gewerkschaften die «Show»: Geschmückt mit selbst genähten Foulards in den Farben der polnischen Flagge reihten sie sich hinter einem Transparent ein, das den Slogan trug: «Schluss mit der Ausbeutung – Wir fordern Rechte und Respekt!»

Auf ihren Bannern war zu lesen: «24 Stunden Arbeit, 6 Stunden Lohn?! Nicht mit uns!» Als der Demonstrationzug vor dem Parlamentsgebäude ankam, betrat Bozena Domanska die Bühne. Sie begrüßte die versammelten DemonstrantInnen auf Polnisch und Deutsch und begann, von ihrer Arbeit zu erzählen:

«Ich habe wie Tausende Frauen aus Osteuropa erlebt, was es heißt, 24 Stunden am Tag ältere Menschen zu betreuen. Es ist nicht die Arbeit selber, die schlimm ist, sondern dass wir Frauen isoliert in einem Privathaushalt sind – ohne soziale Kontakte, ohne Privatleben, Tag und Nacht verantwortlich für einen kranken Menschen. Ein Leben im Rhythmus von anderen: vom Essen über das Fernsehprogramm bis hin zu den Nächten ohne Schlaf. Und dies zu Löhnen zwischen 1.200 und 3.000 Franken brutto. Das ist pure Ausbeutung!»

Mit deutlichen Worten prangerte sie die Praktiken ihrer Arbeitgeber an: privatwirtschaftliche Care-Unternehmen, die mit ihrem Geschäftsmodell des Personalverleihs viel Geld auf dem Rücken der Frauen verdienen, die für sie arbeiten.¹

«Es ist ein Skandal, dass wir Frauen für eine Arbeit rund um die Uhr nur einen Lohn erhalten, mit dem wir nicht leben können. Viele Leute in der Schweiz denken, das ist genug für uns, weil wir aus Polen oder Ungarn kommen. Aber auch wir haben das Recht, dass die Gesetze der Schweiz für uns gelten. Die Arbeitgeber meinen immer noch, es liege in unserer Natur als Frauen, dass wir ein Teil der Betreuungsarbeit gratis machen. Damit ist jetzt Schluss! Wir haben das Netzwerk Respekt gegründet, um den Care-Arbeiterinnen eine Stimme zu geben im Kampf gegen die Ausbeutung und das Lohndumping. Wir

Frauen fordern europaweit die Anerkennung der Care-Arbeit² als eine gesellschaftlich höchst wichtige Arbeit und kämpfen für faire Löhne durch eine bessere öffentliche Finanzierung!»

Polnische Community als Ausgangspunkt der Organisierung

Care-Arbeiterinnen in privaten Haushalten gewerkschaftlich zu organisieren ist eine Herausforderung: Oft befinden sie sich in keinem klaren Arbeitsverhältnis, sind geografisch über verschiedene Orte verstreut und arbeiten in der Privatheit von Haushalten, in denen die Beziehung zu ihren Arbeitgebern stark personalisiert ist. In der 24-h-Betreuung sind viele Migrantinnen tätig, die ihren Wohnsitz nur temporär in der Schweiz haben und im ein- bis dreimonatigen Rhythmus zwischen ihrer Familie in Osteuropa und dem Arbeitsplatz in einem Schweizer Haushalt hin- und herpendeln. Als sogenannte *live-ins*³ sind ihre Arbeitszeiten entgrenzt, einen echten Feierabend haben sie nicht, und nur wenige verfügen über einen kompletten freien Tag in der Woche, um sich außer Haus bewegen zu können. Außerdem ist die Abhängigkeit vom Arbeitgeber groß. Nicht nur muss häufig eine ganze (erweiterte) Familie im Herkunftsland ernährt werden, auch der Kündigungsschutz ist schlecht, und beim Verlust der Stelle verlieren sie nicht bloß ihr Einkommen, sondern sprichwörtlich das Dach über dem Kopf.

Diese Situation ruft nach unkonventionellen Formen der kollektiven Organisierung. Häufig organisieren sich Hausarbeiterinnen jenseits von bestehenden Strukturen und Institutionen wie traditionellen Gewerkschaften in eigenen politischen und sozialen Netzwerken, meist innerhalb ethnischer Communitys. Viele Beispiele aus unterschiedlichen Regionen der Welt zeigen, dass Hausarbeiterinnen bereits über eigene Strukturen verfügen, bevor sie mit einer Gewerkschaft in Kontakt kommen.⁴ Dies

hat oft damit zu tun, dass Care-Arbeiterinnen als Migrantinnen und Frauen, die Reproduktionsarbeit im Privaten verrichten, häufig nicht die primäre Zielgruppe männlich dominierter Gewerkschaften sind. Für die Schweiz trifft dies nicht unbedingt zu: Hier sind sowohl die Gewerkschaft der Lohnabhängigen in der Privatwirtschaft (UNIA) als auch der VPOD offen und interessiert, die Anliegen von Care-Arbeiterinnen zu unterstützen.⁵ Allerdings identifizieren sich Care-Arbeiterinnen kaum mit ihrem beruflichen Status. Die Beschäftigung in Privathaushalten geht meist mit einer erheblichen Dequalifizierung einher. Sie sehen ihre berufliche Stellung deshalb als Übergangssituation, der frau möglichst rasch entfliehen möchte. Oft fällt es ihnen deshalb schwer, sich auf eine gewerkschaftliche Identität als Pflegerin einzulassen. Einfacher ist es, sich mit ihrem migrationspolitischen Status und der eigenen Community von Landsleuten zu identifizieren.

Auch für die polnischen Care-Arbeiterinnen in Basel war ihre Community Ausgangspunkt der kollektiven Aktion. Die polnische Kirchengemeinde spielt dabei eine wichtige Rolle. Sie ist eine Begegnungsstätte, in der die Frauen ein soziales Netz aufbauen konnten. Damit ist die Kirche ein Ort, der für sehr viel mehr steht als für Glauben und Religiosität. Hierhin können sie sich zurückziehen und temporär der Kontrolle und Inanspruchnahme im Haushalt entkommen, die tägliche Routine durchbrechen. Die Kirche ist für sie ein Stück Heimat, was den Ort zu einem transnationalen Zwischenraum macht. Auch können die Care-Arbeiterinnen für den sonntäglichen Gang zur Messe am ehesten freie Zeit aushandeln. Nach dem Gottesdienst treffen sie sich im Kirchgemeindehaus zu Kaffee und Kuchen. In der vertrauten Runde werden nicht nur Alltagsorgen geteilt, sondern auch individuelle Erfahrungen mit Agenturen und Familien ausgetauscht.

Mutiger Gang vors Arbeitsgericht

In diesem Kreis fasste Bozena Domanska vor rund drei Jahren den Mut, mit ihrer Kritik an der prekären Arbeitssituation von 24-h-Betreuerinnen an die Öffentlichkeit zu gehen. Zuvor hatte sie im Alleingang ihren ehemaligen Arbeitgeber verklagt. Bis dahin habe sie sich meist «gebückt» und «nicht so die Rebellin gespielt», sagt sie.⁶ Einmal habe sie den Mund aufgemacht und sich bei ihrem Chef – dem Firmenleiter einer privaten Spitex-Firma⁷ – über den niedrigen Lohn beklagt. «Der Chef meinte, er stelle sonst eine Ukrainerin an, die den Job für vier Franken die Stunde mache.» Als Bozena Domanska kurze Zeit später entlassen wurde, weil sie sich wegen falscher Versprechungen zur Wehr setzte, beschloss sie, als erste 24-h-Betreuerin in der Schweiz die Schlichtungsstelle anzurufen und die vielen unbezahlten Überstunden einzuklagen. «Ich kann doch nicht wieder den Kopf runtermachen! Es ging mir um Gerechtigkeit. Er behandelt ja alle Polen wie Dreck. Mit unserer Arbeit verdient er ein Vermögen. Ich brauchte letztlich 20 Jahre, um zu realisieren, dass wir Frauen, die aus Osteuropa hierherkommen, uns nicht immer nach unten orientieren, uns nicht erniedrigen und ausnutzen lassen sollten. Wir sind doch keine Sklavinnen, sondern Menschen mit Gefühlen.» Mit ihrer Klage habe sie anderen Frauen Mut machen wollen: «Wir sind die Aschenputtel aus dem Osten. Und wir getrauen uns nicht, uns zu wehren, weil wir Angst haben.»

Bozena Domanska bekam ohne anwaltliche Unterstützung vor der Schlichtungsstelle Recht und konnte eine Lohnnachzahlung von 7.000 Franken erwirken. Kurz darauf beschloss sie, zusammen mit ihrer Kollegin Agata Jaworska Hilfe bei einem Basler Anwalt zu suchen, um eine Lohnklage von Agata gegen dieselbe Firma vorzubereiten. In dieser Zeit lernte ich die beiden Frauen im Rahmen meiner Forschung⁸ kennen. Wir disku-

tierten, wie dieser Kampf unterstützt werden könnte, um breitere Aufmerksamkeit zu erreichen. Schließlich kam der Kontakt mit dem VPOD zustande, der sich bereit erklärte, Agata Jaworskas Klage zu unterstützen. Marianne Meyer, die als Gewerkschaftssekretärin beim VPOD in Basel für den Gesundheitsbereich zuständig ist, begleitete fortan unermüdet den juristischen Prozess. Der gewerkschaftsnahe Anwalt bemühte sich, die komplexe Gesetzeslage aufzuarbeiten und zusammen mit den beiden polnischen Care-Arbeiterinnen alle Details zu ihrem Arbeitsverhältnis zusammenzutragen, um die Beweislage für die vielen unbezahlten Überstunden zu garantieren. Erleichtert wurde dies dadurch, dass sich der von Agata Jaworska betreute pflegebedürftige Mann hinter seine Betreuerin stellte: Er war selbst verärgert über die Geschäftspraktiken des angeklagten Unternehmens und den Umstand, dass er für seine Rundumbetreuung monatlich über 10.000 Franken bezahlte, jedoch nur ein Bruchteil als Lohn an seine Betreuerin weitergegeben wurde.

Es geht um Respekt

Parallel dazu begann Bozena Domanska in der polnischen Kirche mit verschiedenen Frauen über die Lohnklage zu diskutieren. Nicht alle Frauen ließen sich sofort überzeugen, dass es wichtig sei, die ausstehende Bezahlung einzufordern. Einige betonten, dass sie mit ihrem Lohn (zwischen 1.200 und 2.000 Franken pro Monat) zufrieden seien und ihre Anstellung nicht riskieren wollten. Bozena Domanska wies nachdrücklich darauf hin, dass sie Anrecht auf den Schweizer Mindestlohn von rund 18 Franken pro Stunde hätten. «Es geht um Respekt», sagte sie immer wieder und betonte, dass sie als Polinnen die gleichen Rechte hätten wie Schweizerinnen. «Wir leisten unsere Arbeit gern, aber wir sind nicht mehr bereit, uns ausnutzen zu lassen, wir wollen faire Löhne und Arbeitsbedingungen nach den hier geltenden Gesetzen.»

Mit dieser Botschaft gingen die beiden Frauen im Frühling 2013 schließlich an eine breitere Öffentlichkeit. Im Schweizer Fernsehen lief sogar ein Dokumentarfilm, in dem Bozena Domanska porträtiert wurde.⁹ Das Echo war groß und positiv. Polnische Care-Arbeiterinnen bekamen dadurch nicht nur ein Gesicht, sondern gewannen viel Sympathie in der Bevölkerung. Bozena Domanska wurde zu einer Art Identifikationsfigur und einer landesweit gehörten Stimme. So konnten weitere Care-Arbeiterinnen angesprochen und das Netzwerk verbreitert werden. Einige fanden per Facebook den Kontakt zu Bozena Domanska und ihren polnischen Kolleginnen in Basel und tauschten sich mittels sozialer Medien über ihre Arbeit aus.

Gerade die emotionalen Anteile der Care-Arbeit werden häufig von den Angehörigen wie auch von den Agenturen nicht als Teil der Arbeit wahrgenommen. Das stundenlange Sitzen am Betrand, die empathischen Berührungen, das gemeinsame Singen – all dies wird nicht als Leistung erkannt.

Gleichzeitig traten einige Frauen aus der polnischen Community auf der 1.-Mai-Demonstration in Basel zum ersten Mal öffentlich als Gruppe auf. Ein paar Wochen später gründeten 18 Care-Arbeiterinnen das Netzwerk Respekt@vpod. Sie zeigten sich entschlossen, gemeinsam den Gerichtsprozess von Agata Jaworska zu begleiten und eine politische Bewegung für bessere Arbeitsbedingungen in der 24-h-Betreuung anzustoßen. Den Namen Respekt hatte die Gruppe nicht deshalb gewählt, weil es schon ein gleichnamiges internationales Netzwerk von Hausarbeiterinnen gibt – dies war ihnen gar nicht bekannt –, sondern weil es ihnen genau darum ging: um Respekt – für sich, für ihre Arbeit und im alltäglichen Umgang.

Kein Liebesdienst, sondern Arbeit

Das Respekt-Netzwerk fordert nicht nur die Einhaltung des Mindestlohns. Es geht den Frauen auch darum, die vielen unbezahlten Stunden, in denen die Care-Arbeiterinnen im Haushalt präsent sein müssen, sichtbar zu machen und zu entlohnen. Sie fordern die Zahlung von Zuschlägen für Überstunden, für die Rufbereitschaft in der Nacht und für Sonntagsarbeit. Viele Care-Unternehmen betrachten lediglich fünf bis sieben Stunden pro Tag als lohnrelevante Arbeitszeit.¹⁰ Gerade die emotionalen Anteile der Care-Arbeit werden häufig von den Angehörigen wie auch von den Agenturen nicht als Teil der Arbeit wahr-

genommen. Das stundenlange Sitzen am Betrand, die empathischen Berührungen, das gemeinsame Singen, der Versuch, eine gute Atmosphäre zu schaffen, aber auch die Bereitschaft, während der ganzen Nacht im Zimmer nebenan abrufbar zu sein – all dies wird nicht als Leistung erkannt und als selbstverständlich vorausgesetzt. «All die Liebe, die

du gibst, dafür wirst du nicht bezahlt, das wird nicht gesehen», sagt Bozena Domanska. Damit wehren sich die Aktivistinnen von Respekt auch gegen ein Bild, nach dem die häusliche Sphäre als natürliches Betätigungsfeld von Frauen gilt, die hier Arbeit aus Liebe leisten.¹¹ Diese Vorstellung spiegelt sich in den Darstellungen der Agenturen, die 24-h-Betreuerinnen als «aufopfernde Helferinnen», «gute Wesen» oder «Pflegefeen» bezeichnen und damit den Arbeitscharakter dieser Tätigkeit ausblenden.¹² In Bezug auf die entgrenzten Arbeitszeiten fordern die Aktivistinnen vom Respekt-Netzwerk jedoch nicht nur eine angemessene materielle Entschädigung. Es geht auch darum, Freizeit und Zeit für Erholung zu erstreiten: Dazu gehört ein ganzer freier Tag pro Woche – inklusive

einer Nacht, in der die Care-Arbeiterinnen ohne permanente Einsatzbereitschaft durchschlafen können.¹³ Hier geht es ihnen nicht nur um physische und psychische Regeneration, sondern darum, aus der räumlichen und der damit verbundenen sozialen Isolation im Haushalt ausbrechen zu können. Nur wenn die Care-Arbeiterinnen Freizeit haben, können sie mit anderen Menschen außerhalb des Haushalts in Kontakt treten – sei es mit FreundInnen aus der polnischen Community oder mit der lokalen Bevölkerung. Hinzu kommt, dass Care-Arbeiterinnen erst durch den Austritt aus dem Haushalt – also beim Verlassen des Arbeitsplatzes – eine wirkliche Privatsphäre in Anspruch nehmen können. Ist der Eintritt in ein Arbeitsverhältnis normalerweise mit dem Betreten der öffentlichen Sphäre verknüpft, ist hier das Verhältnis von Privatheit und Öffentlichkeit umgekehrt: Das Verlassen der Wohnung und der Besuch öffentlicher Orte bedeuten für Care-Arbeiterinnen häufig mehr Privatheit, als ihnen in den Wohnungen der Arbeitgeber gewährt wird. Schließlich ist freie Zeit auch eine wichtige Voraussetzung, um sich überhaupt gewerkschaftlich organisieren zu können.

Eine unkonventionelle gewerkschaftliche Organisationspraxis

Die Praxis der Organisation des Respekt-Netzwerkes ist unkonventionell, jedoch für migrantische Gewerkschaften im Niedriglohnsektor nicht untypisch.¹⁴ Genauso wichtig wie die unmittelbare politische Selbstorganisation gegen Ausbeutung und für soziale Rechte sind für die Mitglieder von Respekt@vpod die praktische Solidarität, die soziale Teilhabe und die Selbstermächtigung innerhalb des Kollektivs. Die Organisation ist dabei nicht allein auf die Situation am Arbeitsplatz fokussiert, häufig geht es bei den Versammlungen um Fragen des Alltags und der sozialen Reproduktion – zum Beispiel um Gesundheit, um Krankenkassenprämien, um Wohnverhält-

nisse, um die Aufenthaltsbewilligung oder um die transnationale Lebenspraxis, also die Beziehung zur Familie im Herkunftsland und die Organisation des Lebens zwischen hier und dort. Es werden Informationen über ganz alltägliche Dinge wie Handy-Abos oder billige Reisemöglichkeiten ausgetauscht, aber auch Diskussionen geführt über die Art und Weise, wie die Sorgearbeit in der eigenen Familie organisiert und umverteilt wird, beispielsweise zwischen Ehepartnern. Die politischen Subjektivitäten der Care-Arbeiterinnen sind kaum durch die Interessen des eigenen Berufsstandes geprägt, denn viele haben in Polen ganz andere, oft hoch qualifizierte, teils akademische Berufe erlernt. Vielmehr verbindet sie die gemeinsame Situation des Lebens als Pendelmigrantinnen, die prekäre Abhängigkeit von den Agenturen und den privaten Arbeitgebern sowie die Erfahrung, kollektiv aus der Vereinzelung im Haushalt ein Stück weit heraustreten zu können.

Die Aktivistinnen von Respekt sind reguläre Mitglieder der Gewerkschaft VPOD, sie wählen Delegierte in nationale Kommissionen und nehmen an den gesamtgewerkschaftlichen Aktivitäten teil. Auch stehen ihnen alle gewerkschaftlichen Dienstleistungen sowie die Rechts- und Sozialberatung offen, obwohl ihre Beiträge niedrig sind. Gleichzeitig verfügt das Respekt-Netzwerk über eine gewisse Autonomie und ist stark basisgewerkschaftlich organisiert. Bei der Gründung hatten die Aktiven des Netzwerkes beispielsweise beschlossen, eine solidarische Form der finanziellen Unterstützung weiterer Lohnklagen zu schaffen: Die Care-Arbeiterinnen zahlen jeweils 30 Prozent der Summe, die sie bei erfolgreichen Klagen erzielen, in einen Solidaritätsfonds, mit dem die Anwaltskosten für weitere Klagen im Netzwerk finanziert werden können.

Seit Juni 2013 ist – zusätzlich zur regionalen Gewerkschaftssekretärin – Bozena Domanska mit 20 Prozent ihrer Arbeitszeit beim VPOD beschäftigt und speziell für die Arbeit

innerhalb des Respekt-Netzwerkes zuständig. Hauptsächlich arbeitet sie weiterhin als Betreuerin in der ambulanten Pflege. Sie verfügt damit nicht nur über ein hohes professionelles Verständnis und geteilte Alltagserfahrungen mit den Respekt-Aktivistinnen, sondern spricht auch deren Muttersprache, was für die Kontaktaufnahme und die Vertrauensbildung von großer Bedeutung ist. Ihr breites soziales Netzwerk kann sie außerdem produktiv für die Mobilisierung und die Verbreiterung der Reichweite von Respekt@vpod nutzen.

Vielfältige Strategien der Selbstermächtigung

Zwei Jahre nach der Gründung sind mittlerweile über 50 Care-Arbeiterinnen Mitglied von Respekt@vpod. Zentrales Moment des Netzwerkes sind die monatlichen Treffen, die jeweils an einem Sonntag im Anschluss an die polnische Messe im Basler Gewerkschaftshaus stattfinden. Bei den Treffen geht es insbesondere um einen Austausch über die spezifischen Arbeitsbedingungen und um die Aufklärung über die ihnen zustehenden Rechte. Dies geschieht in Form von «Know-your-Rights-Workshops», in denen sozial- und arbeitsrechtliches Wissen von kundigen Care-Arbeiterinnen – unterstützt durch die lokalen Gewerkschaftssekretärinnen – weitergegeben wird. Häufig ergeben sich dabei Diskussionen über spezifische Probleme einzelner Frauen, die in Einzelberatungen weitergeklärt werden. Ein wichtiger Bestandteil der Versammlungen ist auch die gemeinsame Planung und Diskussion von politischen Aktionen in der Öffentlichkeit. Bedeutend war in der Anfangsphase des Netzwerkes die kollektive Begleitung des Gerichtsprozesses von Agata Jaworska. Aber auch die gemeinsame Teilnahme an verschiedenen Demonstrationen gegen Sozialabbau im Gesundheitssektor, gegen die Einschränkung der Personenfreizügigkeit im Zuge der Annahme der «Volksinitiative gegen Masseneinwanderung» der

Schweizerischen Volkspartei (SVP) oder Mobilisierungen anlässlich des Internationalen Frauentages spielten eine Rolle. Zudem wurden Aktionen vor den Geschäftssitzen lokaler Care-Unternehmen organisiert, die schlechte Arbeitsbedingungen bieten und ihren Mitarbeitenden Rechte vorenthalten.

Die politische Praxis des Respekt-Netzwerkes besteht jedoch nicht nur in juristischen und politisch sichtbaren Kämpfen um Arbeitsrechte. Wichtig sind auch Strategien des Empowerments, durch die sich die Care-Arbeiterinnen erst in die Lage versetzen, unmittelbar im Haushalt ihre Rechte einfordern und ihre Situation verbessern zu können – zum Beispiel, indem klare Vereinbarungen über die Arbeits- und Freizeit und über angemessene Entlohnung ausgehandelt werden. Meistens fühlen sich die Betroffenen aufgrund des personalisierten Arbeitsverhältnisses gegenüber ihren direkten Arbeitgebern moralisch verpflichtet und spüren eine hohe Verantwortung – sie sind, mit der feministischen Ökonomin Nancy Folbre gesprochen: *prisoners of love*.¹⁵ Wehren sie sich gegen hohe Arbeitsbelastungen oder fehlende Ruhezeiten und formulieren eigene Ansprüche, riskieren sie, die «guten Beziehungen» zur Familie zu verspielen und als «schlechte Betreuerin» disqualifiziert oder gar ausgewechselt zu werden. Dieses Dilemma kommt in den Diskussionen immer wieder zur Sprache. Die Care-Arbeiterinnen versuchen dabei, mittels Erfahrungsaustausch und Rollenspielen Strategien zu entwickeln, wie sie in ihrem Alltag selbstbewusst auf ihre eigenen Bedürfnisse aufmerksam machen und das Recht auf Selbst-Sorge und Respekt für ihre emotionalen und körperlichen Grenzen einfordern können. Ein essenzielles Hilfsmittel dazu ist nicht zuletzt die Verbesserung der Deutschkenntnisse, die unter den Care-Arbeiterinnen sehr unterschiedlich sind. Im Respekt-Netzwerk wurden Deutschkurse initiiert, bei denen Frauen mit sehr guten Sprachkenntnissen ihre Kolleginnen unterrichten und ihnen damit wich-

tige Kommunikationsfähigkeiten vermitteln. Praktische Solidarität wird auch insofern geübt, als Wissen über offene Stellen weitergegeben wird. Für den Fall, dass Care-Arbeiterinnen ihre Stelle verlieren, bemüht sich das Netzwerk darum, eine temporäre Wohngelegenheit bei solidarischen Gewerkschaftsmitgliedern des VPOD vermitteln zu können. Diese vielfältigen Praktiken der solidarischen Unterstützung stärken die Handlungsmacht der Mitglieder und führen dazu, dass sich die Care-Arbeiterinnen inzwischen als selbstbewusste Akteurinnen sehen, die ihre Stimme erheben und stolz sind auf die wichtige Arbeit, die sie zwar meistens im Verborgenen verrichten, die aber für die Gesellschaft von großer Bedeutung ist.

Politisch bewegt sich (langsam) etwas

Zurück zur juristischen Klage von Agata Jaworska, die als Musterklage darüber entscheiden sollte, wie die 24-Stunden-Betreuungsarbeit in privaten Haushalten entlohnt werden muss. Die RichterInnen vom Basler Zivilgericht kamen in ihrem Urteil vom März 2015 zu der Überzeugung, dass die Arbeit im Privathaushalt bei einer Anstellung durch private Firmen dem Arbeitsgesetz unterliegt. Folglich müssen sämtliche Stunden – auch die der Rufbereitschaft – angemessen entlohnt werden. Im Fall von Agata Jaworska mit dem halben regulären Stundenlohn. Die Klägerin erhielt deshalb für einen dreimonatigen Arbeitseinsatz eine Nachzahlung von rund 17.000 Franken. Das Respekt-Netzwerk fasst dies als einen «bahnbrechenden Erfolg für Agata und für alle anderen Care-Arbeiterinnen» auf. Während der diesjährigen 8.-März-Demonstration feierten die Netzwerk-Frauen ihren gewonnenen Kampf, der sich über zwei Jahre erstreckt hatte. Sie skandierten «Wszyscy jesteśmy Agatą!» – «Wir sind alle Agata!» – und kündigten eine Klagewelle an, bei der sich weitere Respekt-Mitglieder auf diesen Präzedenzfall beziehen werden.

Wie sich dieser Erfolg auf die rechtliche Regulierung des Arbeitssektors Privathaushalt und spezifisch auf den Bereich der 24-h-Betreuung auswirken wird, bleibt abzuwarten. Ende April 2015 publizierte der Bundesrat den lange angekündigten Bericht «Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege». Darin wird festgehalten, dass in der privaten Seniorenbetreuung zu Hause oft unhaltbare Arbeitsbedingungen herrschen und «dass es gesetzlichen Handlungsbedarf gibt, um den betroffenen Arbeitnehmerinnen einen angemessenen Schutz zu gewährleisten».¹⁶ Der Bericht skizziert verschiedene Lösungen: Denkbar wäre der Erlass eines nationalen Normalarbeitsvertrages oder die Stärkung der kantonalen Normalarbeitsverträge, in denen die Bestimmungen hinsichtlich der Arbeitsbedingungen als bindend erklärt würden. Eine weitere Möglichkeit ist die Schaffung einer neuen Verordnung für diese Arbeitsverhältnisse, wofür jedoch erst die Grundlage im Arbeitsgesetz geschaffen werden müsste. Statt rasch Maßnahmen zu ergreifen, will der Bundesrat zunächst weitere Klärungen vornehmen: Bis Mitte 2016 sollen die Folgekosten dieser Regulierungsvorschläge für das Sozial- und Gesundheitswesen abgeschätzt und erst dann dem Bundesrat konkrete Lösungsvorschläge unterbreitet werden. Problematisch ist, dass diese dringend nötigen Regulierungen von möglichen Folgekosten abhängig gemacht werden sollen: Das Recht auf die Anerkennung von in der Schweiz üblichen Arbeitsbedingungen darf keine Kostenfrage sein.

Ausblick

Durch die kreativen und vielfältigen gewerkschaftlichen Strategien haben die Care-Arbeiterinnen des Respekt-Netzwerkes eine Öffentlichkeit für ihre Anliegen geschaffen und anderen Betreuerinnen Mut gemacht, sich ebenfalls gegen prekäre Bedingungen zu wehren. Anders als beispielsweise in Österreich, wo im politischen und medialen Diskurs bisher

praktisch nur die Bedürfnisse der nachfragenden Familien präsent sind, haben sich die Care-Arbeiterinnen in der Schweiz eine Stimme verschafft. Sie haben damit nicht nur ihre eigenen Bedürfnisse auf die politische Agenda gesetzt, sondern eine gesellschaftliche Diskussion über eine andere Organisation von Pflege und Betreuung angestoßen. Sie haben klar gemacht, dass gute Pflege für die steigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen nur unter fairen Arbeitsbedingungen möglich ist.

Gleichzeitig wurde deutlich, dass 24-h-Betreuerinnen längst nicht mehr nur aus Polen in die Schweiz pendeln. Es muss also dringend darüber nachgedacht werden, wie ArbeitnehmerInnen aus anderen Ländern (Ungarn, Rumänien, Bulgarien, Slowakei, aber auch Sans-Papiers, z. B. aus Lateinamerika) erreicht und über Sprachgrenzen hinweg organisiert werden können. Auch zeigt sich, dass die verschiedenen Rechtsformen und Geschäftspraktiken, mittels derer die Care-Unternehmen agieren und damit häufig unerkannt am geltenden Recht vorbei ihre Geschäfte betreiben, ein ernstes Problem darstellen. Die ungleiche Situation zwischen Care-Arbeiterinnen, die formal in der Schweiz angemeldet und sozialversichert sind, und jenen, die mittels irregulärer Firmen ohne Absicherungen arbeiten müssen, erschwert die Organisation – und führt nicht zuletzt zu einer verschärften Konkurrenz unter den Care-Arbeiterinnen.

Die immensen Widersprüchlichkeiten und Ungerechtigkeiten in *live-in*-Arbeitsverhältnissen bleiben bestehen, insbesondere hinsichtlich der grundsätzlichen Frage nach der gesellschaftlichen Organisation, der globalen und geschlechtsspezifischen Verteilung und dem Wert von Care-Arbeit. Eine weitere Politisierung dieser sonst häufig im Verborgenen geleisteten Arbeit in Privathaushalten, die noch immer überwiegend unbezahlt von Familienangehörigen (meistens Frauen) verrichtet wird, steht weiterhin auf der Agenda. Die

rechtlichen Bedingungen müssen verbessert werden – dafür sind inzwischen mögliche Wege skizziert. Entscheidend ist letztlich aber der Ausbau einer öffentlichen Care-Infrastruktur, mittels derer die ganze Bevölkerung Zugang zu qualitativ guten Diensten in der ambulanten Pflege, Betreuung und Haushaltshilfe bekommt.¹⁷ In Bezug auf diese breit zu führende gesellschaftliche Debatte um Care weisen Organisationsinitiativen wie die von Respekt darauf hin, wie wichtig es ist, von den aktuellen alltäglichen Kämpfen prekär Beschäftigter auszugehen und Kooperationen über Grenzen hinweg zu suchen. Sie fordern auch die Gewerkschaften heraus, sich zu öffnen, an migrantische Netzwerke anzuknüpfen und neue Ressourcen aufzubauen, um einen transnationalen Bezugsrahmen herzustellen.

1 Die Unternehmensformen im Bereich der 24-h-Betreuung sind unterschiedlich. Es gibt a) auf 24-h-Betreuung spezialisierte Schweizer Personalverleih-Unternehmen; b) private Spitex-Organisationen, die neben ambulanter Betreuung auch 24-h-Betreuung als zweites Standbein betreiben; c) hauptsächlich über das Internet arbeitende Vermittlungsagenturen, die mit Entsendung aus osteuropäischen Ländern operieren, was in der Schweiz für den Haushaltssektor nicht erlaubt ist. Der Markt für 24-h-Betreuung ist in den letzten fünf Jahren in der Schweiz expandiert und hat sich stark ausdifferenziert. Vgl. dazu Schilliger, Sarah: Pflegen ohne Grenzen? Polnische Pendelmigrantinnen in der 24h-Betreuung. Eine Ethnographie des Privathaushalts als globalisiertem Arbeitsplatz, Dissertation, Basel 2014, S. 137–200. **2** Interessant ist, wie sich der Begriff der Care-Arbeit im Selbstverständnis der Aktivistinnen des Respekt-Netzwerkes durch die politische Organisation immer mehr etabliert. Dies insbesondere, nachdem einige Respekt-Aktivistinnen im März 2014 an der Care-Revolution-Konferenz in Berlin teilgenommen hatten und dort mit den politischen Debatten um Care vertraut wurden. **3** Live-ins werden Hausarbeiterinnen genannt, die im Haushalt der arbeitgebenden Familie leben – im Gegensatz zu live-outs, die eine eigene Wohngelegenheit außerhalb des Haushalts haben. **4** Vgl. Schwenken, Helen: Transnationale und lokale Organisationsprozesse für eine ILO-Konvention «Decent Work for Domestic Workers», in: Apitzsch, Ursula/Schmidbauer, Marianne (Hrsg.): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen, Opladen/Farmington Hills 2010, S. 200. **5** Der VPOD sieht die 24-h-Betreuung insofern als wichtiges gewerkschaftliches Interventionsfeld, als dort private Akteure auf dem Pflegemarkt neue, prekäre Standards etablieren. Durch Organisation in diesem Bereich wollen sie der Ausweitung eines prekären Arbeitsmarktes innerhalb der Pflege und Betreuung entgegenwirken. Auch die UNIA hat in den letzten Jahren verschiedene Organizing-Kampagnen im Pflegesektor initiiert, die zunehmend nach privatwirtschaftlichen Prinzipien strukturiert ist. Sie hat mit lokalen Organisationsinitiativen im Tessin und jüngst im Kanton Zürich dafür gesorgt, dass neben Basel auch in anderen Regionen 24h-Betreuerinnen gewerkschaftlich unterstützt werden. Die UNIA hat zudem mit den Arbeitgebern einen Normalarbeitsvertrag ausgehandelt, der seit 2011 schweizweit gesetzliche Mindestlöhne im Privathaushalt fest-

schreibt. Auch wenn die beiden Gewerkschaften um Mitglieder und öffentliche Aufmerksamkeit konkurrieren, arbeiten sie oft zusammen. Schon seit 2007 gibt es im Rahmen der Denknetz-Fachgruppe Prekarität in Privathaushalten einen regelmäßigen Austausch zwischen den UNIA-, VPDD-, NGO-VertreterInnen und kritischen WissenschaftlerInnen. Durch verschiedene Tagungen, die diese Gruppe in den letzten Jahren organisiert hat, konnte eine kritische Öffentlichkeit geschaffen werden. Auch die Verabschiedung der ILO-Konvention 189 für die Rechte von Hausarbeiterinnen hat politischen Druck zur Verbesserung von deren Arbeits- und Lebenssituation aufgebaut. **6** Die Zitate stammen aus Interviews im Rahmen meiner Forschung. Bozena Domanska tritt öffentlich mit ihrem Namen auf, weshalb diese Zitate nicht anonymisiert sind. An dieser Stelle danke ich ihr herzlich dafür, mir unzählige Einblicke in ihre Arbeit als Betreuerin gewährt zu haben. **7** Spitex ist in der Schweiz die Bezeichnung für ambulante Pflege und Betreuung (SPITal-EXtern). **8** Im Rahmen meiner Dissertation (Schilliger: Pflegen ohne Grenzen?) unternahm ich eine ethnografische Forschung zur Pendelmigration polnischer Care-Arbeiterinnen. Die Untersuchung war zu Beginn nicht als aktivistische Forschung angelegt, entwickelte sich jedoch durch den intensiven Austausch mit den Care-Arbeiterinnen und durch meine eigene Involvierung bei der Gründung des Respekt-Netzwerkes zu einer partizipativen Aktionsforschung. **9** «Hilfe aus dem Osten. Pflege migrantinnen in der Schweiz», Film von Béla Batthyany, unter [www.srf.ch/sendungen/dok/hilfe-aus-](http://www.srf.ch/sendungen/dok/hilfe-aus-dem-osten-pflegemigrantinnen-in-der-schweiz-2)

dem-osten-pflegemigrantinnen-in-der-schweiz-2. **10** Vgl. Schilliger: Pflegen ohne Grenzen?, S. 152 f. **11** Dies knüpft an die in der zweiten Frauenbewegung geübte Kritik der Gratisarbeit von Hausfrauen an, die häufig als Liebesdienst gesehen wird. Vgl. Bock, Gisela/Duden, Barbara: Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit. Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus, in: Gruppe Berliner Dozentinnen (Hrsg.): Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen, Berlin 1977, S. 118–199. **12** Vgl. Schilliger, Sarah: Globalisierte Care-Arrangements in Schweizer Privathaushalten, in: Nadai, Eva/Nollert, Michael (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse im Post-Wohlfahrtsstaat, Weinheim/Basel 2015, S. 161 f. **13** Da das Arbeitsgesetz auf private Haushaltungen keine Anwendung findet und von den kantonalen Normalarbeitsverträgen durch schriftliche Vereinbarung abgewichen werden kann, gibt es für Arbeitsverhältnisse in der 24-h-Betreuung hinsichtlich der Arbeits- und Ruhezeiten bisher keine rechtlich verbindlichen Vorgaben. **14** Vgl. Beispiele aus den USA in: Benz, Martina: Zwischen Migration und Arbeit. Worker Centers und die Organisation prekär und informell Beschäftigter in den USA, Münster 2014. **15** Folbre, Nancy: The Invisible Heart: Economics and Family Values, New York 2001. **16** Schweizer Eidgenossenschaft/Department für Wirtschaft, Bildung und Forschung: Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege, 16.3.2012, unter: www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/39176.pdf. **17** Vgl. den Beitrag von Aust et al. in diesem Heft.

Dieser Artikel erscheint in ähnlicher Form auch im Jahrbuch 2015 des Denknetzes Schweiz (www.denknetz-online.ch). Für die konstruktiven Anmerkungen und Diskussionen danke ich herzlich Barbara Fried, Hannah Schurian, Beat Ringger und Ilker Ataç.

Die 10 Gebote für die 24h-Betreuung in der Schweiz **Bevor du ins Ausland fährst als 24h-Betreuerin, musst du Folgendes wissen:**

1. Du musst jeden Lohn annehmen, egal wie niedrig er ist.
2. Freizeit steht dir nur wenig zu.
3. Verlange nie nach einer Lohnerhöhung, auch nicht nach vielen Jahren.
4. Bloss nicht nach Kindergeld fragen! Verlange keinen 13. Monatslohn und keine weiteren Extras. Dein Lohn ist Anerkennung durch die Familie (manchmal).
5. Erwarte kein grosses Zimmer. Eine Ecke oder ein Klappbett in der Stube reichen. Deine Intimität ist nicht wichtig.
6. Du musst bereit sein, für alles zur Verfügung zu stehen, Tag und Nacht.
7. Verlange nicht viel zu Essen.
8. Du solltest nicht erwarten, dass du Besuch haben darfst und länger mit deiner Familie telefonieren kannst. Und denke daran, du solltest trotzdem immer fröhlich sein und lächeln.
9. Bloss keine Einheimischen kennenlernen, sonst erfährst du von ihnen Dinge, die du nicht wissen musst (zum Beispiel Mindestlohn in der Schweiz).
10. Achtung: Ukrainische oder rumänische Frauen könnten dich für 4 Franken pro Stunde ersetzen!

Renia Vagkopoulou und Kirsten Schubert

«FUTURING HEALTH CARE»

GESUNDHEITZENTREN ALS ORTE GESELLSCHAFTLICHER TRANSFORMATION

Gesundheitszentren als Orte politischen Handelns und gesellschaftlicher Veränderung zu verstehen, liegt für die meisten Menschen nicht unbedingt nahe. Gesundheitsversorgung wird eher als Serviceleistung wahrgenommen und Arztpraxen als Orte, die man nur krank aufsucht. Zwar ist im Prinzip bekannt, dass sich Arbeitsbedingungen, soziales Umfeld und finanzielle Möglichkeiten auf die Gesundheit auswirken. Selten werden jedoch die «sozialen Determinanten von Gesundheit» (Weltgesundheitsorganisation) explizit zum Gegenstand von Gesundheitsarbeit gemacht. Im Folgenden stellen wir alternative Gesundheitszentren vor, die eine solche soziale Gesundheitsarbeit zum Gegenstand haben.¹ Ausgehend von diesen Beispielen diskutieren wir, wie zukünftige Gesundheitssysteme aussehen können und inwiefern bestehende Gesundheitszentren Wege dorthin öffnen: Was ist ihr Potenzial für eine gesamtgesellschaftliche Transformation?

Gesundheit und Transformation

Gesundheit² stand in Europa lange Zeit nicht im Fokus sozialer Bewegungen. Mit der zunehmenden Ökonomisierung und Privatisierung der Krankenversorgung und den dramatischen Folgen der Sparpolitik für die Gesundheit der Menschen vor allem in Südeuropa hat sich dies geändert. Die Notwendigkeit für Veränderung – im Gesundheitssystem und darüber hinaus – ist vielen Menschen deutlich geworden.

Es gibt unterschiedliche Theorien, wie sich eine grundlegende gesellschaftliche Veränderung erreichen lässt. Um das Veränderungspotenzial der von uns untersuchten Ge-

sundheitszentren einzuschätzen, beziehen wir uns auf das Konzept der Transformation, wie es im und rund um das Institut für Gesellschaftsanalyse (IfG) der Rosa-Luxemburg-Stiftung entwickelt wurde. Es verweist auf die Idee «revolutionärer Realpolitik» von Rosa Luxemburg, die damit den falschen und unproduktiven Gegensatz zwischen Revolution und Reform überwindet. Reform und Revolution, so Luxemburg, sind nicht «verschiedene Methoden», sondern «verschiedene Momente in der Entwicklung».³ Demnach muss auch eine tief greifende Umwälzung der Verhältnisse unter den gegebenen Bedingungen *beginnen* und mit konkreten Verbesserungen der Lebenssituation der Menschen einhergehen. Im günstigen Fall lassen sich so Handlungsspielräume erweitern und neue Praxen entwickeln, die es ermöglichen, Schritt für Schritt und nachhaltig eine Verschiebung der Kräfteverhältnisse zu bewirken. Das bedeutet auch, realpolitische Schritte und Reformen auf ihr in diesem Sinne revolutionäres Potenzial hin zu befragen. Zwar gilt es, an den konkreten und alltäglichen Sorgen und Nöten der Einzelnen anzusetzen, sie aber zu einem übergreifenden Projekt zu verallgemeinern. Nur dann kann es gelingen, Brüche mit den bestehenden Kräfteverhältnissen herbeizuführen.

Um einen solchen Übergang zu gestalten, bedarf es politischer Praxen, die die bisherigen Akteure und Handlungsstrategien infrage stellen – sogenannter Einstiegsprojekte.⁴ Es geht darum, Hierarchien in Zweifel zu ziehen und Orte zu schaffen, in denen eine kollektive Wissensproduktion stattfinden und partizipative Entscheidungsfindung erprobt werden kann. Solche Praxen fordern die herrschende «Ökonomie der Zeit» (Marx) unmittelbar heraus –

sie sind unvereinbar mit Profitdruck, Konkurrenz und Existenzangst im Kapitalismus. Um diese Erkenntnis in der Mehrheitsgesellschaft zu etablieren, müssen konkrete Alternativen erlebbar werden.

Wie also können Wege beschritten werden hin zu einer Gesellschaft, in der Wirtschaft, Politik und Kultur solidarisch und durch partizipative Demokratie organisiert sind? Wie könnten konkrete Alternativen im Gesundheitsbereich aussehen? Lassen sich solche Einstiegsprojekte auch auf alternative Strukturen der Daseinsvorsorge wie zum Beispiel Gesundheitszentren übertragen?

Transformatorische Konzepte im Gesundheitsbereich

Gesundheit spielt in den Debatten um Transformation selten eine Rolle. Vermittelt über Diskussionen um Care – also um Pflege und Sorgearbeit – werden gesundheitspolitische Fragen jedoch thematisiert. Hier wird das Projekt einer «bedürfnisorientierten solidarischen Care Economy» vorgeschlagen. Es geht um «eine Reorientierung auf öffentliche Gesundheit, Erziehung und Bildung, Forschung, soziale Dienste, Ernährung(ssouveränität), Pflege und Schutz unserer natürlichen Umwelten». ⁵ Der Care-Bereich biete unter anderem deshalb strategische Eingriffspunkte, weil sich hier Menschen erreichen lassen, «die bisher nicht in linken Strukturen zu Hause sind, die sich insgesamt von «Politik» nicht viel versprechen». ⁶ Gabriele Winker schlägt eine feministische Transformationsstrategie hin zu einer Care Revolution vor, die «die grundlegende Bedeutung der Sorgearbeit ins Zentrum stellt und darauf abzielt, das gesellschaftliche Zusammenleben ausgehend von menschlichen Bedürfnissen zu gestalten». ⁷ Auf dem Weg zur «Demokratisierung und Selbstverwaltung des Care-Bereichs» verweist sie unter anderem auf die Rolle von stadtteilbezogenen Gesundheitszentren, die über die ärztliche Versorgung hinausgehen und beispielsweise auch

Gemeinschaftsküchen oder Wohngenossenschaften umfassen. ⁸ Hier zeigen sich Bezüge zur Theorie der *sozialen Infrastruktur*, ⁹ die die Reorganisation öffentlicher Güter und der Daseinsvorsorge ins Zentrum eines gesellschaftlichen Umbaus stellt. Krampe et al. schlagen vor, lokale Gesundheitszentren aufzubauen, in denen vor allem Pflegekräfte eine tragende Rolle spielen. Zugleich würden damit Gesundheitsgefährdungen im Stadtteil besser aufgefangen. Die Gesundheitszentren könnten in regionalen und überregionalen Gesundheitsplattformen zusammengeführt werden. ¹⁰ Allen Ansätzen ist gemein, dass sie das Öffentliche, die Gemeingüter ins Zentrum stellen und im Umgang mit ihnen ein «Commoning» ¹¹ zu etablieren suchen, ein kollektives Kümmern um das Gemeinsame. Wie kann also «Gesundheit als Commons» gedacht und praktiziert werden? Einige Erklärungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bieten hierfür interessante Referenzpunkte.

Gesundheit für alle – aber wie?

Eine Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care/PHC), die «Gesundheit für alle» garantieren sollte, wurde in der Erklärung der WHO von 1978 mit fünf Prinzipien skizziert. Diese sind Gleichheit und Gerechtigkeit, Partizipation, ein interdisziplinärer Ansatz, regional, technisch und kulturell angepasste Methoden sowie ein umfassender Gesundheitsbegriff, der Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Behandlung und Rehabilitation einschließt. Dabei sollen sogenannte GemeindepflegerInnen, Gesundheitszentren und multisektorale Stadtteilarbeit die Basis der Versorgung bilden. Zentral ist dem hier geprägten und im Folgedokument ausformulierten Konzept der «Gesundheit für alle» die Umorientierung von der Verhütung von Krankheit zur Förderung von Gesundheit (Ottawa Charta 1986). In der Praxis wurde der Ansatz jedoch zunehmend verwässert und neoliberal umgedeutet: Vertikal implementierte Gesundheits-

programme traten an die Stelle horizontaler, partizipativ entwickelter Ansätze. Individuelle Verhaltensprävention trat an die Stelle von gesellschaftlicher Verhältnisprävention.

Hält man am Leitbild der Basisgesundheitsversorgung fest und stellt es in den Kontext der dargestellten Ansätze der Transformationsforschung, so lassen sich Gesundheitszentren als wichtige Orte der Daseinsvorsorge bestimmen. Es entsteht das Modell eines Gesundheitszentrums, das partizipativ auf allen Ebenen sowie stadtteil- und bedarfsorientiert arbeitet, in dem ein multiprofessionelles Team einem umfassenden Gesundheitsverständnis Rechnung trägt und Fragen von Umwelt und Care-Arbeit in den Mittelpunkt rückt. Die Zentren erscheinen als Laboratorien für gesellschaftliche Veränderung.

Alternative Gesundheitszentren - Beispiele aus Europa

In unserer Studie haben wir drei alternative Gesundheitsinitiativen in Griechenland, Belgien und Österreich untersucht und auf ihr transformatorisches Potenzial hin befragt. Ausgangspunkt und prominentestes Beispiel war die Solidarische Klinik in Thessaloniki (Solidarity Social Medical Center/SSMC), deren Arbeit in der (linken) deutschen Öffentlichkeit vielfach vorgestellt wurde. Entstanden als Initiative zur medizinischen Versorgung von MigrantInnen und Geflüchteten ohne Versicherung, wurde das Zentrum im Zuge der Krise zum Anlaufpunkt für immer mehr Bevölkerungsgruppen. Alle EinwohnerInnen ohne Krankenversicherung können dort eine medizinische Grundversorgung erhalten. Die Klinik versteht sich als Teil der Bewegung gegen die Austeritätspolitik und ist eingebunden in antirassistische und antifaschistische Bewegungen sowie in Netzwerke solidarischer Ökonomie. Das basisdemokratisch organisierte Kollektiv legt Wert auf Unabhängigkeit vom Staat, von der EU und der Kirche, von po-

litischen Parteien und vom Markt – es basiert allein auf Solidarstrukturen, Freiwilligenarbeit und Spenden.¹²

Auch wenn das griechische Beispiel aus Platzgründen hier nicht weiter ausgeführt werden kann, bietet es doch eine interessante Vergleichsfolie zu den anderen Fallbeispielen. Sie zeigen unterschiedliche Wege einer alternativen ambulanten Versorgung auf – jenseits der verschärften Bedingungen der Krise, aber ebenfalls konfrontiert mit Kostendruck und getragen vom Versuch der solidarischen Organisierung.

Der Stadtteil im Fokus – das Sozialmedizinische Zentrum in Graz, Österreich

Das Sozialmedizinische Zentrum (SMZ) im Grazer Stadtteil Liebenau vereint primärmedizinische Versorgung, soziale Arbeit, Gesundheitsförderung, Gemeinwesenarbeit, Musiktherapie sowie psychosoziale und rechtliche Beratung unter einem Dach. Gegründet 1984, ist es das erste und bis heute einzige Zentrum dieser Art in Österreich. Die Gründer waren geprägt von der kritischen Medizinerbewegung und den Erfahrungen marxistisch-leninistischer K-Gruppen. Einen Bezugsrahmen für ihre Arbeit fanden sie in den genannten Erklärungen der WHO zur Basisgesundheitsversorgung. Dieser Ansatz bietet Raum für breitere Allianzen und ermöglicht zugleich eine systemkritische Arbeit unter dem Motto «Gesundheit für alle». Das SMZ zielt zwar darauf ab, solidarische Netzwerke und Selbstermächtigung zu fördern. Eine linke solidarische Bewegung, die dessen Arbeit konkret unterstützt hätte, gab es jedoch bei Gründung – und gibt es bis heute – nicht.

Im SMZ arbeitet ein multiprofessionelles Team stadtteilorientiert und mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung. Dazu gehören eine ärztliche Gemeinschaftspraxis mit zwei Fachärzten, einem Weiterbildungsassistenten und zwei medizinischen Fachangestell-

ten, des Weiteren zwei MitarbeiterInnen für Gemeinwesenarbeit und Gesundheitsförderung, eine Musiktherapeutin und eine Sozialarbeiterin. Eine gelernte Juristin ist zuständig für Verwaltung und Finanzen. Hinzu kommt die Familienberatungsstelle Graz Süd mit einer Rechtsberatung, ärztlicher, psychotherapeutischer und Sexualberatung sowie sozialarbeiterischer Beratung. Über mehrere Jahrzehnte waren auch SoziologInnen, PhysiotherapeutInnen und ein ambulanter Pflegedienst Teil des SMZ. Rechtlicher Träger aller Bereiche ist der Verein für praktische Sozialmedizin, dessen Vorstand alle fünf Jahre gewählt wird.

Knotenpunkt für die Arbeit des Teams ist die wöchentliche, verpflichtende Teamsitzung, wo die MitarbeiterInnen bei gleichem Mitspracherecht Ideen und Probleme einbringen können. Hinzu kommen monatlich stattfindende interdisziplinäre Fallkonferenzen. Bei Bedarf wird eine Helferkonferenz einberufen.

Die beiden Ärzte und Gründer des Zentrums haben Weiterbildungen in den Bereichen Psychotherapie, Arbeits-, Sucht- und Umweltmedizin absolviert. Sie betreiben eine pharmakritische, psychosomatische Medizin, in der sie sich bewusst Zeit für die PatientInnen nehmen und dafür finanzielle Einbußen in Kauf nehmen. Die Sozialarbeiterin kooperiert eng mit den Ärzten und ist für die sozialrechtliche Beratung zuständig; sie hilft bei Behördengängen oder Wohnungsproblemen. Zusammen mit der Musiktherapeutin und zwei MitarbeiterInnen für Gemeinwesen und Gesundheitsförderung ist sie viel im Stadtteil unterwegs. Das Team geht dorthin, wo die Menschen leben, lernen oder arbeiten – entsprechend hat das SMZ Außenstellen in verschiedenen Bezirken

aufgebaut. Es betreibt außerdem Öffentlichkeitsarbeit mit einer regelmäßig erscheinenden Zeitschrift und einer Veranstaltungsreihe. Während sich die Gemeinschaftspraxis durch reguläre Gelder der Sozialversicherung trägt, werden soziale Arbeit und Betrieb der Familienberatungsstelle aus öffentlichen Geldern der Sozialministerien finanziert. Alle anderen Bereiche werden mit ein- bis dreijährigen Verträgen mittels (zeitaufwendiger) Projektanträge finanziert.

Knotenpunkt für die Arbeit des Teams ist die wöchentliche, verpflichtende Teamsitzung, wo die MitarbeiterInnen bei gleichem Mitspracherecht Ideen und Probleme einbringen

können. Hinzu kommen monatlich stattfindende interdisziplinäre Fallkonferenzen. Bei Bedarf wird eine Helferkonferenz einberufen, in der PatientInnen, Angehörige und Betreuende gemeinsam eine individuelle Situation besprechen und die für den/die PatientIn beste Lösung suchen.

Entscheidungen, die das Zentrum betreffen, werden meist im Konsens gefällt. Es gibt jedoch bewusst akzeptierte Hierarchien. So fungiert

einer der Ärzte von Beginn an als Vorstandsvorsitzender. Wichtige oder dringende Entscheidungen werden von den Ärzten gefällt. Zum einen spiegelt das die finanzielle und rechtliche Verantwortung der Ärzte wider, zum anderen möchten viele MitarbeiterInnen diese Verantwortung nicht mittragen. PatientInnen sind hier – im Unterschied zu den beiden anderen Projekten – nicht in die interne Arbeit des Zentrums eingebunden.

Die Arbeit im Stadtteil ist jedoch beteiligungsorientiert. Sie findet auf vier Ebenen statt: zunächst in der Einzelfallarbeit insofern, als durch den interdisziplinären und ganzheitlichen Ansatz immer die Lebens- und Arbeitsbedingungen mitreflektiert werden; außerdem in den wöchentlichen Gruppenan-

geboten wie geselligen Brunchs, Gartenarbeit, Kochen, Musizieren oder Walken, die mit den AnwohnerInnen gemeinsam entwickelt werden. Hier sollen soziale Netze gestärkt und Gesundheit gefördert werden. Die AnwohnerInnen schätzen den niedrigschwelligen Kontakt zu den SMZ-MitarbeiterInnen.

Darüber hinaus hat das SMZ lokale Gesundheitsplattformen initiiert, um Gesundheit im Stadtteil tatsächlich sektorenübergreifend und partizipativ zu verhandeln. Bei der größten, der Gesundheitsplattform Liebenau, treffen sich sechsmal im Jahr VertreterInnen von Bürgerinitiativen, der Kirche, Schulen, Seniorenvereinen, Parteien oder dem Bezirk. Die Plattform ist offen für alle AnwohnerInnen und konnte schon diverse konkrete Erfolge im Stadtteil erzielen, beispielsweise die Umwidmung von Grünflächen in Industriegebiete verhindern und die Feinstaubbelastung reduzieren. Sie war ein Katalysator für soziale Bewegungen im Stadtteil und hat diverse Bürgerbündnisse hervorgebracht. Schließlich macht das SMZ eigene politische Arbeit und ist in vielen kommunalen Netzwerken aktiv. Es hat sich erfolgreich gegen ein Energiekraftwerk und die Umleitung des anliegenden Flusses Mur sowie den Abriss einer Wohnsiedlung eingesetzt und den Arbeitskampf gegen die Schließung der ansässigen Zweiradproduktion unterstützt. Im Zuge dieser Aktivitäten war es auch in die kritische Aufarbeitung der NS-Vergangenheit des Stadtteils involviert – dabei wurde unter anderem die Geschichte eines lokalen Zwangsarbeiterlagers aufgedeckt. Zusätzlich ist das Zentrum mit den Grazer Universitäten vernetzt und hat viele Forschungsprojekte der partizipativen Sozialforschung initiiert oder unterstützt.

Das SMZ ist mit seinem stadtteilorientierten Ansatz ein Pionier- und Leuchtturmprojekt in Österreich. Im Gegensatz zum folgenden Beispiel – dem belgischen Médecine pour le peuple – konnte es jedoch kein landesweites solidarisches Netzwerk aufbauen.

Gesundheitsversorgung zwischen Partei und Bewegung – Médecine pour le peuple in Belgien

Médecine pour le peuple (MPLP) betreibt in Belgien insgesamt elf Gesundheitszentren, die an die 30.000 PatientInnen versorgen – immerhin fünf Prozent der belgischen Bevölkerung. Die Organisation hat ihren Ursprung in der Studentenbewegung Ende der 1960er Jahre und der damals gegründeten marxistischen Arbeiterpartei Belgiens (Parti du Travail de Belgique/PTB). Das erste Gesundheitszentrum entstand 1971 aus der Solidaritätsarbeit für streikende Hafendarbeiter. Obwohl MPLP aus der Partei hervorgegangen ist und ihre politischen Positionen teilt, ist die Organisation wirtschaftlich und organisatorisch unabhängig. Die Gesundheitszentren arbeiten nach drei Prinzipien: Sie sollen den kostenfreien Zugang aller zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung sicherstellen, die gesellschaftlichen und ökonomischen Einflussfaktoren auf Gesundheit thematisieren, dabei die Forderungen und Bedürfnisse von PatientInnen und BürgerInnen einbeziehen und diese umfassend beteiligen. Die Mitarbeit in den Zentren setzt keine Parteimitgliedschaft voraus, es wird allerdings eine gewisse politische Loyalität und Nähe zur Partei erwartet.

Seit dem Jahr 2000 wird die Arbeit durch ein solidarisches Umlageverfahren, das sogenannte Forfait-System finanziert. Auf Grundlage einer Vereinbarung mit den staatlichen Sozialversicherungsträgern erhält jedes Gesundheitszentrum – gemessen an der Zahl der dort registrierten PatientInnen – monatlich einen festen Betrag aus deren Kassen. Diese werden unabhängig davon, ob die Leistungen tatsächlich in Anspruch genommen werden, an die Gesundheitszentren ausgezahlt. Die PatientInnen selbst müssen – im Gegensatz zu vielen anderen Einrichtungen des belgischen Gesundheitswesens – keine Zusatzzahlungen leisten. Alle MitarbeiterInnen sind fest angestellt und beziehen einen kollektiv vereinbarten Lohn. Das Gehalt der ÄrztInnen

liegt dabei deutlich unter dem Durchschnitt ihrer KollegInnen in Belgien, jedoch über dem der anderen MitarbeiterInnen im Zentrum. Das an dieser Stelle eingesparte Geld wird für nachbar- und bürgerschaftliches Engagement verwendet, etwa für gesundheitsfördernde Bildungsangebote, oder in politische Kampagnen investiert, die die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ins Visier nehmen.

In den Zentren wird eine medizinische Grundversorgung angeboten. Das Team setzt sich aus ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen, VerwaltungsmitarbeiterInnen und mindestens einer weiteren Fachkraft, etwa einer Ernährungswissenschaftlerin, Psychotherapeutin oder Psychologin, zusammen. Um einem ganzheitlichen Ansatz gerecht zu werden, sind pro Behandlung durchschnittlich 20 Minuten vorgesehen. Die angebotenen Dienste sind vor allem für diejenigen gedacht, die besonders bedürftig sind. Deshalb befinden sich die Zentren in Vierteln, wo die Arbeitslosigkeit hoch ist und viele Menschen ohne Papiere leben. Dadurch, dass ehrenamtliche HelferInnen an sämtlichen Aktivitäten von MPLP beteiligt sind, haben sich ihre Zentren auf der kommunalen Ebene zu wichtigen Gemeinschaftsprojekten entwickelt. MPLP setzt auf das Konzept der partizipativen Demokratie. Angelegenheiten, die alle elf Zentren betreffen, wie etwa Finanzierungsfragen oder bundesweite Kampagnen, werden in einem nationalen, alle zwei Wochen tagenden Koordinierungskreis entschieden. Über ihre alltägliche Arbeit bestimmen die lokalen Zentren selbstständig auf Basis der jeweiligen Bedingungen und Bedürfnisse. Die Verbindungen zwischen den Zentren und der PTB sind eher indirekt. Die Partei macht keine direkten Vorgaben, viele MitarbeiterInnen sind jedoch Partei-

mitglieder, häufig sogar in den Gemeinde- und Stadträten aktiv. Die enge Verbindung zwischen Organisation und Partei bietet die Möglichkeit, öffentliche Debatten über strukturelle Probleme des Gesundheitswesens anzustoßen und dafür zu sorgen, dass sich die entsprechenden politischen Stellen damit befassen.

Die medizinische Arbeit ist bei MPLP in verschiedener Hinsicht eng mit politischer Arbeit verknüpft. Gesundheitsprobleme, die in einem Zentrum auftreten, werden zu den strukturellen Faktoren in der örtlichen Community ins Verhältnis gesetzt. Ein Schwerpunkt besteht darin, sich für bessere Arbeitsbedingungen einzusetzen, wobei die Bandbreite der Aktivitäten von Beratungstätigkeiten über die Organisierung von Aufklärungskampagnen bis hin zur Mobilisierung der Betroffenen reicht. Auch betreiben die Zentren Forschung zu Umweltfaktoren und den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung. Die Ergebnisse dienen häufig als Grundlage für Kampagnen und werden genutzt, um politischen Druck aufzubauen. Ein Beispiel ist eine Kampagne für Preissenkungen bei Medikamenten. MPLP versorgt auch MigrantInnen ohne Papiere, die in Belgien offiziell keinen Zugang zum Gesundheitswesen haben. Das oben erwähnte Finanzierungsverfahren ermöglicht es, einen Teil der staatlichen Zuwendungen zu deren Gunsten «umzuverteilen».

Médecine pour le Tiers Monde (M3M), eine Partnerorganisation von MPLP, betreibt Projekte in Palästina, im Libanon und auf den Philippinen und ist somit Teil einer internationalen Solidaritätsbewegung. Zuletzt initiierten die Organisationen eine Solidaritätskampagne für Griechenland und gegen die neoliberalen Austeritätsmaßnahmen. Um Leute zu mobilisieren, werden zu solchen Anlässen lokale

Informationsveranstaltungen organisiert und die Menschen vor Ort aufgesucht: Mitglieder gehen von Tür zu Tür, in die Fabriken und Unternehmen und üben Solidarität mit Streikenden.

Über ihre alltägliche Arbeit bestimmen die lokalen Zentren selbstständig auf Basis der jeweiligen Bedingungen und Bedürfnisse.

Emanzipatorische Gesundheitszentren als Einstiegsprojekte in eine gesamtgesellschaftliche Transformation?

Alle drei Initiativen – das SSMC in Thessaloniki, das SMZ in Graz und MPLP in Belgien – bieten unabhängig von den unterschiedlichen Entstehungs- und Kontextbedingungen erfahrbare Alternativen zu dominanten Formen der Gesundheitsversorgung. In Deutschland gibt es unseres Wissens keine vergleichbaren Projekte. Ansätze, die diesen Initiativen am nächsten kamen, sind nahezu alle gescheitert.¹³ So wurden etwa die Polikliniken der DDR durch die marktkonformen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ersetzt.

Um – anknüpfend an die zu Beginn skizzierte Debatte zu gesellschaftlicher Transformation – einzuschätzen zu können, ob die dargestellten Gesundheitsprojekte als «Einstiegsprojekte» und Vorbild für andere Ländern dienen können, bedarf es einer noch ausführlicheren und systematischeren Beschäftigung mit ihren Organisationsstrukturen und Wirkungsweisen. Allerdings lassen sich an dieser Stelle bereits einige Prinzipien und Kriterien benennen, die uns in diesem Zusammenhang besonders relevant erscheinen: solidarisches Handeln, eine Orientierung an Bedürfnissen, ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit, die Fähigkeit zur Verbreiterung und Verallgemeinerung sowie die Bereitschaft, den Bruch mit dem Alten zu wagen.

Solidarisches Handeln

Das Gesundheitswesen ist traditionell von starken Hierarchien und einem großen Machtgefälle zwischen den beteiligten Akteuren geprägt. Die hier vorgestellten Initiativen verfolgen in diesem Feld einen emanzipatorischen Anspruch. PatientInnen und AnwohnerInnen kommt gemeinsam mit den MitarbeiterInnen eine aktive Rolle zu, und Gesundheitsversorgung wird als ein «Gemein-

gut» begriffen. Aus passiven HilfeempfängerInnen werden aktiv Handelnde, die man zur Selbstbestimmung ermutigt. Die ÄrztInnen, die hier recht eng mit anderen Fachkräften kooperieren, lernen, die Dogmen ihrer eigenen Disziplin infrage zu stellen, ebenso ihre Rolle im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft. Der Aufbau von solch egalitären Beziehungen erfordert eine andere «Ökonomie der Zeit» (Marx). Es geht nicht länger um Gewinnmaximierung, sondern darum, Vertrauensverhältnisse zu schaffen und solidarische Beziehungen aufzubauen.

Die vorgestellten Initiativen hinterfragen immer wieder die Legitimation des dominanten Gesundheitssystems und greifen die ihm zugrunde liegenden Machtstrukturen an. Diese Schritte hin zu mehr Gleichheit und gegenseitiger Solidarität können als Voraussetzung für weitere, radikale gesellschaftliche Transformationen betrachtet werden. Nur durch veränderte, stärker auf Gleichberechtigung setzende Beziehungen zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen und den Menschen und Communities, die sie versorgen, wird ein gemeinsamer politischer Kampf mit einer emanzipatorischen Ausrichtung überhaupt vorstellbar.

Bedürfnisorientierung statt Ökonomisierung

Alle dargestellten Initiativen begreifen Gesundheit und Gesundheitsversorgung als öffentliches Gut und bekämpfen dessen zunehmende Kommodifizierung. Sie gehen von den Bedürfnissen der PatientInnen und Communitys aus und betrachten diese als Handelnde im Feld gesundheitlicher Versorgung. Auch den Anliegen des Personals versuchen sie – auf je unterschiedliche Weise – gerecht zu werden.

Das Finanzierungsmodell der Solidarischen Klinik in Thessaloniki orientiert sich am stärksten an einem Commons-Modell. Jede direkte Zusammenarbeit mit Staat und Markt wird ab-

gelehnt – die benötigten Mittel stammen von AnwohnerInnen und anderen privaten Spendern. Auf diese Weise findet ein auf Solidarität und Gegenseitigkeit basierender Austausch von Ressourcen und Leistungen statt, bei dem besonders auf gleichberechtigte Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten geachtet wird.

Auch MPLP richtet seine ihre Arbeit am «Bedarf von unten» aus. Nicht nur dass die Gesundheitszentren in ehemaligen Industriebezirken mit hoher Arbeitslosigkeit angesiedelt sind, auch das Finanzierungsmodell ermöglicht eine gewisse Umverteilung von Ressourcen hin zu den Bedürftigen und zu Community-Projekten. Außerdem wird Wert auf eine gerechte Entlohnung gelegt.

Das SMZ in Graz schließlich entwickelt seine Stadtteilarbeit ebenfalls zusammen mit den Menschen vor Ort und thematisiert im Rahmen der sektorenübergreifenden Gesundheitsplattformen die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung. Auch wenn die PatientInnen (anders als bei den solidarischen Kliniken) nicht aktiv in die internen Abläufe und Entscheidungen des Zentrums eingebunden sind, so sind sie in diesem Arrangement doch Akteure, die über ihrer eigene gesundheitliche Versorgung mitbestimmen.

Ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit

In der wissenschaftsorientierten Medizin dominiert das Leitbild der Fragmentierung und Enteignung: Der menschliche Körper wird in zusammenhanglose Untersysteme zerteilt und der Behandlungsprozess ist ein auf das einzelne Symptom reduzierter medizinischer Akt. Die PatientInnen werden nicht eingebettet in ihren jeweiligen sozialen, politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und ökologischen Kontext betrachtet – sondern es dominiert die bürgerliche Vorstellung vom «autonomen Individuum».

Der Ansatz der Gesundheitszentren unterscheidet sich grundsätzlich davon. Hier ist die

Community, die gesellschaftliche Eingebundenheit der Einzelnen, der zentrale Referenzrahmen. Individuum und Gesellschaft werden als wechselseitig vermittelt verstanden. In dieser Sichtweise erscheint Gesundheit als ein sozioökonomisch-biophysikalischer Komplex, deren Förderung nur mit einem ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz gelingen kann. Dieser erfordert eine Umstellung der beteiligten Akteure und sektorenübergreifende Aktivitäten auf allen Ebenen – auf der lokalen, regionalen und internationalen.

Das SSMC in Thessaloniki gehört zu einem breiten Solidaritätsnetzwerk, das fast alle Aspekte des Lebens umfasst: von der Ernährung über das Wohnen bis hin zu Umweltfragen. Im Zuge ihres Kampfes gegen die Demontage des griechischen Gesundheitssystems haben sie national und weltweit Kontakte geknüpft. Eine Organisation wie die MPLP zeigt, dass solch ein Netzwerk über die Zeit wachsen und sich weiterentwickeln kann, ohne seinen progressiven Ansatz und Anspruch zu verlieren. Zusammen mit ihrer Partnerorganisation M3M ist MPLP im internationalen People's Health Movement und verschiedenen anderen progressiven Netzwerken aktiv.

Die sektorenübergreifenden Plattformen, die das SMZ in seiner Nachbarschaft in Graz eingerichtet hat, stehen ebenfalls für einen ganzheitlichen Ansatz in der Gesundheitspolitik. Sie können als exemplarisch gelten für das, was Winker in ihrem Konzept der Care Revolution als Care-Räte bezeichnet, oder für das, was im Konzept sozialer Infrastrukturen¹⁴ als regionale Gesundheitsplattform beschrieben wird. Die lokalen Strukturen wirken der zunehmenden Anonymisierung und Zentralisierung von Entscheidungen entgegen und stärken den Bezug auf das Gemeinsame. Damit geht von diesen Initiativen für ein anderes Gesundheitswesen eine transformatorische Kraft aus, die alle Lebensbereiche berühren kann.

Verbreitern und Verallgemeinern

Die Frage, inwieweit die vorgestellten Gesundheitsinitiativen Ansätze bieten, die verallgemeinerbar und auch auf andere gesellschaftliche Verhältnisse übertragbar sind, ist nicht einfach zu beantworten. Alle drei Initiativen scheinen stark von ihrem jeweiligen Entstehungszusammenhang geprägt und haben eine unterschiedlich große geografische Reichweite. Nicht alle sind in überregionale Netzwerke eingebunden.

Bei den MPLP in Belgien scheint besonders die Rolle der PTB von Bedeutung. Die Anbindung an die Partei sowie die damit verbundenen Kontinuität der Arbeit hat die Ausweitung der Gesundheitszentren über ganz Belgien befördert und sichert die politische Eingebundenheit der MitarbeiterInnen. Das SSMC wiederum ist Teil eines Netzwerkes von ähnlichen Projekten in ganz Griechenland, von denen die meisten aus der Krise heraus entstanden und damit noch relativ jung sind. Ihr großer

Vorteil ist: Auch wenn sie sich in ihren Ansätzen zum Teil unterscheiden, so haben sie doch begonnen, gemeinsame politische Ziele zu entwickeln, und verstehen sich als Teil einer breiten solidarischen Bewegung.

Diese Art von Bewegung fehlt in Österreich. Das SMZ hat im Stadtteil Liebenau zwar viel bewegt und ist dort gut verankert. Es gibt jedoch keine mit Griechenland vergleichbaren überregionalen solidarischen Netzwerke. Das Zentrum ist nicht Teil einer kritischen Bewegung und hat kein gemeinsames politisches Fundament. Damit bleibt es stark an das Engagement von Einzelpersonen gebunden. Mit der anstehenden Pensionierung der Gründer wird sich zeigen, ob das SMZ es schaffen kann, die Fortsetzung seiner kritischen Arbeit zu gewährleisten.

Den Bruch wagen

Neben der politischen Reichweite und der Verallgemeinerbarkeit ist des Weiteren zu fragen, inwieweit in den vorgestellten Projekten bereits ein eindeutiger Bruch mit dem Bestehenden angelegt ist. Von allen drei Initiativen, die wir in unsere Untersuchung einbezogen haben, lässt sich sagen: Sie haben unter den gegebenen Bedingungen versucht, etwas ganz Neues zu schaffen, anstatt sich am Alten festzuhalten. Ob sie damit jedoch schon eine Öffnung für weiterreichende Entwicklungen erkennen lassen, die zu einer Abkehr von der allgemeinen Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und anderer Gesellschaftsbereiche beitragen, darüber lässt sich streiten.

Die Frage, inwieweit die vorgestellten Gesundheitsinitiativen Ansätze bieten, die verallgemeinerbar und auch auf andere gesellschaftliche Verhältnisse übertragbar sind, ist nicht einfach zu beantworten. Alle drei Initiativen scheinen stark von ihrem jeweiligen Entstehungszusammenhang geprägt.

So vertreten Brie und Klein die Ansicht, dass ein direkter Bruch mit dem Kapitalismus in solchen Initiativen unmöglich sei angesichts der aktuell geringen Ressourcen.¹⁵ Die Transformation vorzubereiten, das heißt ihrer Ansicht nach, langfristig einen Teil der privilegierten Bevölkerungsgruppen auf die eigene Seite zu ziehen und zugleich Ressourcen zu erringen, die Zeit und Raum für die Ausweitung und Verbreiterung von transformativen «Einstiegsprojekten» schaffen. Die hier vorgestellten Initiativen entsprechen nicht unbedingt diesem Modell. Vielmehr haben sie ihre Aktivitäten und Anstrengungen darauf konzentriert, alternative Räume (gewissermaßen Parallelwelten) zu schaffen, in denen progressive Konzepte umgesetzt werden können. Dabei setzen sie auf ganz unterschiedliche Partner und Strategien.

Die belgische Organisation MPLP ist ganz offensichtlich eng verwoben mit staatlichen Strukturen und nutzt eine linke Partei, um politisch gesellschaftlichen Wandel zu bewirken. Dagegen steht der Ansatz der solidarischen Kliniken in Griechenland. Ihre bewusst praktizierte Unabhängigkeit von Staat, politischen Parteien, Markt und Kirche nimmt vorweg, wie sich die Beteiligten eine zukünftige Gesellschaft vorstellen: als eine basisdemokratische Verwaltung der Gemeingüter in den Händen der Community.

Ausblick: TAMARA statt TINA

Um transformative Prozesse anzustoßen, ist es zentral, das Neue und Andere erleb- und erfahrbar zu machen, denn der Mangel an Perspektiven sichert nach wie vor einen passiven Konsens zum Bestehenden.¹⁶ Der Erfolg der hier vorgestellten Gesundheitsinitiativen und -zentren besteht unserer Ansicht nach vor allen Dingen darin: Sie haben es geschafft, für alle Beteiligten – MitarbeiterInnen wie NutzerInnen – Alternativen zum herrschenden System der medizinischen Gesundheitsversorgung umzusetzen und damit Alltagspraxen zu entwickeln, die für einen nicht unbeträchtlichen Teil der Bevölkerung von Bedeutung sind. Die unterschiedlichen Projekte zeigen, dass es innovative Ansätze und realpolitische Lösungen für bestehende Probleme geben kann. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag dazu, das TINA-Syndrom («There Is No Alternative»/«Es gibt keine Alternative») zurückzudrängen und ein TAMARA-Gefühl («There Are Many And Realistic Alternatives»/«Es gibt eine Vielzahl von machbaren Alternativen») zu

erzeugen. Sie machen praktisch erlebbar, wie zukünftige, nachhaltige Systeme der Gesundheitsversorgung aussehen könnten, und bereiten den Weg für transformative Prozesse im Gesundheitsbereich.

Wenn wir die dargestellten Gesundheitszentren unter der Fragestellung betrachten, ob sie Momente einer gesamtgesellschaftlichen Veränderung sein können, so sind neben den bereits genannten Kriterien und Herausforderungen noch weitere zu berücksichtigen. Zunächst einmal muss das Überleben der bereits existierenden Initiativen gesichert werden. Zudem wäre dafür zu sorgen, dass die daran Beteiligten trotz ihrer hohen Arbeitsbelastung den Blick nicht verlieren für weiterreichende Veränderungen und dazu beizutragen, dass ähnliche Projekte an anderen Orten entstehen können. Zudem wohnt allen vorgestellten und ähnlichen Initiativen grundsätzlich die Gefahr inne, von institutionellen Logiken vereinnahmt zu werden und das herrschende System langfristig zu stabilisieren. Daher kommt es darauf an, zu verhindern, dass die Projekte emanzipatorischer Gesundheitsversorgung mit ihrem innovativen Potenzial mit der Zeit vom neoliberalen Kapitalismus integriert werden. Welche Maßnahmen und Schritte dafür geeignet sind, kann jedoch nur in der Praxis und konkreten Auseinandersetzungen herausgefunden werden.

Konzeptionell bietet neben der Commons-Diskussion der Ansatz, Gesundheit als Sorgebeziehung zu verstehen und sie in einer Care-Ökonomie zu verorten, wahrscheinlich den vielversprechendsten Ansatz, um breite gesellschaftliche Diskussionen zu initiieren und Bündnisse zu schließen, die notwendig sein

Der Erfolg der hier vorgestellten Gesundheitsinitiativen und -zentren besteht unserer Ansicht nach vor allen Dingen darin: Sie haben es geschafft, für alle Beteiligten, Alternativen zum herrschenden System der medizinischen Gesundheitsversorgung umzusetzen.

werden, um grundlegende sozialpolitische Änderungen durchzusetzen. Verankert zu sein in einer Struktur mit einem transformatorischen Anspruch – sei es Bewegung oder Partei – scheint uns darüber hinaus zentral zu sein, um ein nachhaltige politische Wirkungen zu erzielen. Die richtige Balance im Sinne einer «revolutionären Realpolitik» zu finden, bleibt dabei eine gewaltige Herausforderung. Auch wenn die drei von uns untersuchten Gesundheitsinitiativen in Belgien, Griechenland und Österreich nicht alle Anforderungen an «transformatorische Einstiegsprojekte» erfüllen mögen, stehen sie doch beispielhaft dafür, wie das «Andere» aussehen könnte. Mit unserem Beitrag wollen wir sie bekannter machen und dazu ermutigen, ähnliche Projekte aufzubauen.

1 Dieser Artikel basiert auf einer umfassenderen vergleichenden Studie zu Gesundheitszentren in Griechenland, Österreich und Belgien, die demnächst veröffentlicht wird. **2** Gesundheit soll hier nicht als normatives Konzept verstanden werden. Auch geht es nicht um ein individualisiertes Verständnis, das Schönheits- und Verhaltensideale

diktiert, gemäß der neoliberalen Logik, alle Sphären des Lebens marktkonform zu gestalten. Wir beziehen uns vielmehr auf das kollektiv entwickelte Verständnis des People's Health Movement: «Gesundheit ist eine soziale, ökonomische und politische Aufgabe und ist vor allem ein Menschenrecht. [...] Gesundheit für Alle bedeutet, mächtige Interessen herauszufordern, [...] und politische wie ökonomische Prioritäten drastisch zu verschieben.» Vgl. www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-german.pdf. **3** Zitiert nach: Brand, Ulrich u. a. (Hrsg.): ABC der Alternativen 2.0. Von Alltagskultur bis Zivilgesellschaft, Hamburg 2012, S. 253. **4** Vgl. Brangsch, Lutz: «Der Unterschied liegt nicht im Was, wohl aber in dem Wie». Einstiegsprojekte als Problem von Zielen und Mitteln im Handeln linker Bewegungen, in: Brie, Michael (Hrsg.): Radikale Realpolitik. Plädoyer für eine andere Politik, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Reihe Texte, Berlin 2009, S. 39–51. **5** Candeias, Mario: Passive Revolution vs. sozialistische Transformation, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Reihe Papers, Berlin 2010, S. 21. **6** Fried, Barbara/Dück, Julia: Caring for Strategy, in: LuXemburg 1/2015, S. 85. **7** Winker, Gabriele: Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft, Bielefeld 2015. **8** Ebd., S. 165 ff. **9** Krampe, Eva-Maria u. a.: Soziale Infrastruktur im Gesundheitsbereich, Frankfurt am Main 2010, unter: www.links-netz.de/K_texte/K_links-netz_gesundheit.html. **10** Ebd., S. 100 ff. **11** Vgl. Bollier, David: Think Like a Commoner. A Short Introduction to the Life of the Commons, Gabriola Island 2014. **12** Vgl. Benos, Alexis: Austerity kills. Warum die Solidarischen Kliniken auch Orte einer Reorganisation der Linken sind, in: LuXemburg. 1/2014, S. 58 ff.; Candeias, Mario/Völpel, Eva: Plätze sichern! ReOrganisation der Linken in der Krise, Hamburg 2014, S. 155 ff. **13** Vgl. Hoffmann, Ute u. a.: Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum – Neue Modelle medizinischer und psychosozialer Versorgung, Frankfurt am Main/New York 1982. **14** Vgl. Krampe u. a.: Soziale Infrastruktur im Gesundheitsbereich. **15** Vgl. Brie (Hrsg.): Radikale Realpolitik; Klein, Dieter/Brangsch, Lutz: Einstiegsprojekte in einen alternativen Entwicklungspfad, Berlin 2004, unter: www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/3Klein.pdf. **16** Vgl. Candeias: Passive Revolution vs. sozialistische Transformation.

VERZEICHNIS DER AUTORINNEN UND AUTOREN

Andreas Aust ist Referent der Fraktion DIE LINKE. im Deutschen Bundestag.

Julia Dück arbeitet im Rahmen ihrer Promotion an einer feministisch-materialistischen Krisenanalyse und zur Organisierung im Care-Bereich. Sie ist aktiv im Netzwerk Care Revolution und im Bündnis «Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus».

Barbara Fried ist leitende Redakteurin der Zeitschrift *LuXemburg* und stellvertretende Direktorin des Instituts für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Sie hat verschiedene Konferenzen zur Care Revolution mitorganisiert und ist in dem daraus entstandenen Netzwerk aktiv.

Hannah Schurian arbeitet als Projektmitarbeiterin im Institut für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung und bereitet die Strategiekonferenz UmCare mit vor. Sie beschäftigt sich mit Fragen der Organisierung von Kämpfen um Sorge- bzw. Reproduktionsarbeit und ist in der Interventionistischen Linken (IL) Berlin aktiv.

Olaf Klenke ist wissenschaftlicher Mitarbeiter von Sabine Zimmermann, MdB für die Fraktion DIE LINKE.

Katrin Mohr ist Koordinatorin des Arbeitskreises Soziales, Gesundheit und Rente der Fraktion DIE LINKE. im Deutschen Bundestag.

Sarah Schilliger forscht und lehrt am Department für Gesellschaftswissenschaften der Universität Basel zu Migrations- und Grenz-

regimen, zu Geschlechterverhältnissen und Care-Ökonomien. Sie promovierte zur Care-Migration aus Polen in die Schweiz und war beteiligt am Aufbau von Respekt@vpod, einem basisgewerkschaftlichen Netzwerk polnischer Care-Arbeiterinnen in der Schweiz. Sie ist außerdem aktiv im kritnet und Mithe-rausgeberin des Online-Journals *movements*.

Kirsten Schubert ist Ärztin, hat lange bei medico international gearbeitet und befindet sich derzeit in der Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin. Sie ist außerdem Mitglied des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) und aktiv in einem Netzwerk, das kollektive, stadtteilorientierte Gesundheits- und Sozialzentren in Berlin und Hamburg aufbaut.

Renia Vagkopoulou ist Ärztin und spezialisiert auf globale Gesundheit mit einem Fokus auf soziale Bewegungen. Sie ist ebenfalls Mitglied des vdää und in demselben Netzwerk wie Kirsten Schubert zum Aufbau von stadtteilorientierten Gesundheits- und Sozialzentren in Berlin und Hamburg aktiv.

Luigi Wolf promoviert zum Thema gewerkschaftliche Erneuerung und Organisierung in Krankenhäusern und hat im Rahmen seiner Dissertation die Gewerkschaftsgruppe an der Berliner Charité über drei Jahre begleitet. Außerdem arbeitet er freiberuflich als Berater für gewerkschaftliche Organizing-Kampagnen.

Sabine Zimmermann ist Abgeordnete und Arbeitsmarktpolitische Sprecherin der Fraktion DIE LINKE. im Deutschen Bundestag.

AKTUELLE PUBLIKATIONEN



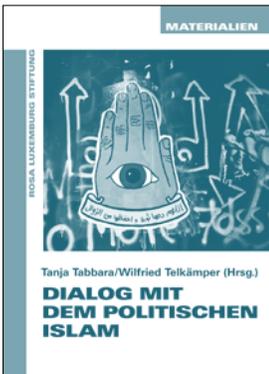
Stephan Kaufmann

DIE HALBSTARKE VON ATHEN

FÜNF JAHRE EURO-KRISE – IRRTÜMER,
INTERESSEN UND PROFITEURE

Materialien Nr. 7, April 2015

Download unter: www.rosalux.de/publication/41374



Tanja Tabbara, Wilfried Telkämper (Hrsg.)

DIALOG MIT DEM POLITISCHEN ISLAM

Materialien Nr. 5, Januar 2015

Download unter: www.rosalux.de/publication/41077



Felix Korsch, Volkmar Wölk

NATIONALKONSERVATIV UND MARKTRADIKAL

EINE POLITISCHE EINORDNUNG
DER «ALTERNATIVE FÜR DEUTSCHLAND»

Analyse Nr. 13, Dezember 2014, aktualisierte
und erweiterte Neuauflage

Download unter: www.rosalux.de/publication/40320

Impressum

MATERIALIEN Nr. 13

wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung

V. i. S. d. P.: Martin Beck

Franz-Mehring-Platz 1 · 10243 Berlin · www.rosalux.de

ISSN 2199-7713 · Redaktionsschluss: Mai 2015

Coverfoto: Hans Schlechtenberg

Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation

Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin

Gedruckt auf: Circleoffset Premium White, 100 % Recycling

«Im Gesundheitswesen kommt die Absurdität unserer Wachstumsökonomie in besonderer Weise auf den Punkt. Wenn es um menschliches Leiden geht, um Pflege und Sorgearbeit, ist vielen unverständlich, warum so elementare gesellschaftliche Arbeiten in privaten Unternehmen, nach Profitkriterien organisiert werden sollten.»

BARBARA FRIED UND HANNAH SCHURIAN